RECHERCHES

SUR

L'ARTHRITE SÈCHE

PAR

Henri COLOMBEL

Docteur en médecine

Ancien interne en médecine et en chirurgie des Hôpitaux de Paris.



PARIS

ADRIEN DELAHAYE, LIBRAIRE-ÉDITEUR,

place de l'École-de-Médecine, 23.

1862

AVANT-PROPOS.

Nous avons longtemps hésité avant de choisir l'étude de l'arthrite sèche pour sujet de notre travail ; sans doute eussions-nous reculé devant les difficultés de la tâche, si nous n'eussions été encouragé par notre maître M. le professeur Nélaton, qui, non content de nous engager à essayer de vaincre la difficulté, a encore bien voulu nous aider de ses conseils.

L'étude de l'arthrite sèche offre en effet de sérieuses difficultés : niée par les uns, acceptée par d'autres, aucune monographie n'en a jusqu'ici retracé les caractères, bien constaté l'existence ; c'est à peine si quelques lambeaux épars permettent d'en étudier incomplétement quelques caractères anatomo-pathologiques. Quant aux caractères symptomatologiques, quelques-uns des moins importants sont tout au plus retrouvés dans les auteurs, qui confondent cette affection avec d'autres qu'ils décrivent.

Nous n'avons pas la prétention de faire une monographie complète de l'arthrite sèche ; nous reconnaissons notre impuissance, et parce que l'expérience nous manque, et parce que nous avons dû céder aux exigences de notre position, qui nous forçait de hâter l'époque de notre thèse inaugurale.

A l'aide des observations prises sur le cadavre dans les amphithéâtres et les musées Dupuytren et de Clamart, à l'aide des observations que nous avons prises sur le vivant, nous essayerons de donner un tableau exact et fidèle de tout ce que nous avons vu et observé; parfois même, ne voulant pas nous lancer dans le champ des hypothèses, nous donnerons, sous forme de propositions, certains faits qui, tout en nous paraissant probables, ne nous semblent pas encore assez démontrés pour être donnés comme positifs; enfin nous pourrons même poser quelques points d'interrogation, laissant aux observateurs le soin de compléter les faits encore susceptibles de discussion, nous promettant nous-même de servir notre cause quand se présentera l'occasion.

Notre but sera rempli, si nous avons pu aider à faire connaître et accepter comme maladie bien digne de figurer, avec sa forme spéciale, dans le cadre nosologique, l'arthrite sèche.

RECHERCHES

SUR

L'ARTHRITE SÈCHE.

DÉFINITION, HISTORIQUE.

L'arthrite sèche est une altération chronique des articulations, devant son nom à un de ses caractères sinon absolu, au moins des plus constants, la sécheresse relative de l'articulation malade.

Nous aurions voulu donner une définition à la fois courte et retraçant le caractère principal de la maladie, nous avons cru devoir y renoncer ; c'est qu'en effet il nous eût fallu en faire la description pour la définir, description qui eût été trop longue pour une définition ou trop courte pour une description.

On nous demandera peut-être pourquoi nous conservons le nom d'arthrite sèche à une affection qui accidentellement, ainsi que nous le dirons dans le cours de notre travail, est accompagnée d'épanchement, qui, de plus, n'a aucun des caractères de l'inflammation. A cette question, nous répondrons que peut-être eussions-nous changé ce nom, si nous avions cru en avoir trouvé un meilleur ; nous avons trouvé un nom correspondant aux lésions constatées sur le cadavre, et nous le gardons comme rendant compte de la plupart des altérations dont nous aurons à parler.

En 1846, M. Deville nomma l'arthrite sèche du nom que nous

cherchons à lui conserver, en présentant à la Société anatomique des pièces appartenant à cette affection.

Mais déjà, avant cette époque, sous le nom de *morbus coxæ senilis*, le premier, Williams Smith décrivait l'affection qui nous occupe, du moins pour l'articulation de la hanche, dans le *Journal de Dublin*, en 1834, tome VI.

Cependant nous admettons difficilement que si l'affection n'était pas encore connue sous les noms qui lui furent donnés plus tard, elle ne le fut pas au moins cliniquement et pathologiquement, et nous croyons que Morgagni lui-même décrivait cette affection dans cette observation.

En faisant l'autopsie d'une femme morte d'apoplexie, il dit (lettre 57, § 14) :

«In genu denique sinistro, ad interiora vincula, cartilagines, et «glandulas frequentissimis, qui et superiora omnia viderant, spec«tatoribus demonstranda, inciso cum mucilaginis nihil quidquam «conspicerem ; attentius inspectare cæpi omnia, quæ tamen sic satis «erant lubrica, vidique cartilaginem rotulæ crustam qua parte ex«terno femoris condylo respondebat, quasi attritam, et levibus pa«rallelis sulculis haud aliter exaratam, quam si quis scalpri aciem «ab summo ad imum sæpius ducendo, appressisset ; crustam autem «condyli quem modo dicebam, qua eidem rotulæ parti obvertebatur, «adeo extenuatam, ut lividula, ob transpectum per ipsam os, appa«reret. Præ his autem multo observatione digniores globuli plurimi «occurrebant, quorum maximi quinque pares erant ferme omnes «mediocribus uvarum acinis, reliqui, plures vigenti, illis aliquanto, «alii multo, iliis minores. Albi erant omnes, et lævi superficie, om«nesque inter se disjuncti, intra articuli cavum prominebant, exigua «sui parte adhærentes, imo continuati, minores quidem capsulari «ligamento circa hujus latera inferiora sic ut aliqua in oblongam «seriem disponerentur, majores autem cartilaginæ crustæ, seu potius «fimbriæ glandulæ alicujus mucilaginosæ, cartiligineam crustam «arcte operientis in recessibus quibusdam ossium ad cavum articuli

« pertinentium. Alii autem omnino erant ossei, alii sub cartilagineo « cortice osseum nucleum continebant. Cum in altero quoque genu « vellem quærere, si forte inessent, meliusque originem ostenderent « suam; ægre tuli, jam cum plerisque aliis partibus fuisse huma- « tum. »

En 1823, M. Jean Cruveilhier, médecin à Limoges, associé régi-nicole de l'Académie royale de Médecine, lit à la Société philomatique, dans sa séance du 6 décembre 1823, des observations sur les cartilages diarthrodiaux et les maladies des articulations diarthrodiales. En lisant le mémoire (*Archives gén. de méd.*, 1824, 1re série, t. IV), il est facile de reconnaître certains caractères anatomiques de l'arthrite sèche. Il ajoute qu'il a pu constater, nous le montrerons également, combien, chez le cheval, ces altérations étaient remarquables sur des pièces montrées par M. Girard fils. Ne reconnaît-on pas les lésions de l'arthrite sèche dans cette courte observation (*loc. cit.*, p. 165)? Une jeune femme tombe sur le grand trochanter : elle ressent une douleur très-vive, les mouvements sont impossibles, le membre est allongé. Il n'y a *ni luxation ni fracture*. On lui ordonne le repos, des sangsues, des vésicatoires. Il y a une guérison apparente. Cinq ans plus tard, rechute. Le même traitement amène la guérison. Dix années plus tard, elle eut une fièvre grave, dont elle mourut.

A l'*autopsie,* on trouve dans l'articulation coxo-fémorale une quinzaine de petits corps cartilagineux, libres, aplatis, semblables à des fragments détachés des cartilages articulaires, car l'un et l'autre ont une perte de substance en rapport avec le nombre et les dimensions des petits corps cartilagineux. (N'y aurait-il pas eu plutôt de l'usure des cartilages?) Aucun travail réparateur ne s'est fait, on eût dit que le brisement venait d'avoir lieu.

En 1826, dans les *Bulletins de la Société anatomique*, p. 187, nous y trouvons plusieurs observations de M. Cruveilhier sous le titre

d'*Usure des cartilages, corps étrangers articulaires.* Disant que cette affection a été confondue avec la goutte, le rhumatisme, la tumeur blanche, il regrette que comme conséquence on l'ait combattue par des moyens actifs tout au moins inutiles ; puis, après avoir donné quelques caractères de cette usure, il cite plusieurs observations ayant trait aux articulations du genou, scapulo-humérale, coxo-fémorale, et temporo-maxillaire.

M. Cruveilhier, en décrivant l'usure des cartilages, a sans doute servi à rendre plus facile l'étude anatomo-pathologique de l'arthrite sèche; mais il ne faut pas oublier que l'usure des cartilages est loin de constituer la totalité des altérations, ce n'est qu'une de celles qui existent. Cette idée, M. Cruveilhier l'a encore suivie, en décrivant, dans son traité d'anatomie pathologique, l'usure des cartilages comme une maladie spéciale, et regardant comme propre au *morbus coxæ senilis* toutes les autres altérations appartenant à l'arthrite sèche, et dont l'usure fait partie.

Huit ans plus tard, en 1834, Williams Smith, dans le 6e volume du *Journal de Dublin,* décrivait le premier la maladie qu'il appelait *morbus coxæ senilis ;* mais il ne décrivait que l'affection arrivant chez le vieillard.

Un de ses compatriotes, Adams, en 1839, dans l'*Encyclopédie d'anatomie et de physiologie* par Todd (Londres 1839), art. *Hip. joint abnormal conditions,* appelait le *morbus coxæ senilis rhumatisme chronique,* ou *arthrite rhumatismale ;* il y a longtemps, dit-il, que dans ses leçons, il a donné à cette maladie le nom de *morbus coxæ senilis,* mais, comme depuis il a eu plusieurs fois l'occasion de voir des exemples de cette maladie, arrivés vers l'âge de 30 ou 40 ans, il est disposé à substituer à ce nom, celui d'*arthrite rhumatismale chronique de la hanche,* et il considère exactement comme la même maladie, ce qu'il a décrit dans ce même ouvrage sur les autres articulations.

Puis il décrit cette maladie, et on y trouve surtout les signes du rhumatisme chronique.

Les Allemands, de leur côté, ne restèrent pas en retard, et depuis Wernher, en 1836, dans son mémoire sur le diagnostic de la coxalgie et du coxarthrocace ; Stromeyer, à peu près en même temps ; Roser, en 1842 ; Engel, en 1846, sans compter quelques autres auteurs que nous ne nommons pas, ils décrivent tantôt le rhumatisme chronique, tantôt le coxarthrocace, s'arrêtant le plus souvent à cette dernière dénomination.

Les uns, Wernher et Stromeyer, plaçant le siége de la maladie dans les muscles ; les autres, Roser, attribuant le début de la maladie à une arthrite ; Engel enfin, niant que ce soit une affection goutteuse ou rhumatismale, voulant en faire une névrose partielle des cartilages osseux, mais jamais un état inflammatoire.

Nous arrivons enfin à l'époque où, voulant fixer d'une manière plus nette les idées sur cette singulière affection, M. Deville, en 1846, décrivit la maladie à la Société anatomique sous le nom d'*arthrite sèche ;* deux années plus tard, 1848, faisant un pas de plus, il groupait en trois périodes, sur lesquelles nous aurons à revenir, les caractères anatomo-pathologiques de cette maladie.

M. Broca, à la même époque, contribua par son autorité à vulgariser ce nom, soit en présentant des pièces pathologiques à l'appui de ses idées, soit par les discussions auxquelles il prit part, et qui eurent lieu dans cette même société. A la fin de 1850, résumant les faits observés sur la présentation de 23 pièces, ce même chirurgien fait un remarquable rapport où il s'occupe surtout de l'anatomie pathologique ; cette affection, dit-il, se montrerait de préférence après 40 ans, cependant ne serait pas rare avant cet âge, souvent elle envahit plusieurs articulations, et semblerait dépendre d'une disposition générale. En général la maladie est indolente, à peine s'il y a quelques douleurs vagues et profondes, la marche en est toujours lente, le plus souvent il n'y a ni gonflement ni déformation, un peu de gêne dans les mouvements ; parfois cependant cette gêne est excessive, il y a ankylose complète, luxation ; enfin l'auteur indique la présence de corps étrangers articulaires.

De 1846 à 1857, les *Bulletins de la Société anatomique* rapportent une série de présentations ayant pour but de démontrer la présence de l'arthrite sèche dans les diverses articulations; outre celles faites par MM. Deville et Broca, nous citerons celles faites par MM. Cruveilhier, Barth, Follin, Verneuil, Foucher, etc. etc. Ces pièces appartenaient à diverses articulations, comme nous le disions ; nous le résumerons dans le tableau suivant :

Articulation de la hanche	....	19 cas.
— du coude	....	12 —
— du genou	....	10 —
— scapulo-humérale	....	6 —
Articulation du pied	....	2 —
— de la main	....	1 —

Mais, si dans toutes ces communications faites à la Société anatomique, nous retrouvons les principaux éléments de l'anatomie pathologique de l'affection qui nous occupe, nous n'y pouvons trouver d'observation pouvant aider à connaître les symptômes par lesquels son existence aurait pu être constatée du vivant des malades ; c'est qu'en effet la plupart des pièces présentées avaient été recueillies par MM. les prosecteurs dans les amphithéâtres, et dès lors l'arthrite sèche n'avait été reconnue que *post mortem*.

Il n'en est pas moins vrai qu'à la Société anatomique, à MM. Deville et Broca, en particulier, revient l'honneur d'avoir donné un nom, et commencé à faire connaître une affection qui, nous le répétons, mérite sa place dans le cadre nosologique.

Pendant que la Société savante dont nous venons de résumer les travaux cherchait à vulgariser l'arthrite sèche, apparaissaient deux traités de pathologie externe ; l'un, le traité de M. Nélaton, en 1848; l'autre, le *Compendium de chirurgie*, en 1851. Dans le premier, c'est à peine si l'on retrouve quelques lignes sur le *morbus coxæ senilis* à la page 269 du tome II, où l'auteur n'étudie l'affection que chez le vieillard ; dans le second, les auteurs du *Compendium* en décrivant

l'arthrite chronique, tome II, page 437, signalent aux pages 439 et 441 une forme particulière de cette affection, ressemblant beaucoup à l'arthrite sèche. Depuis cette époque, nous savons que le premier de ces auteurs admet l'existence de l'arthrite sèche, puisque, nous l'avons dit, nous devons à son initiative le choix de notre sujet.

Le 18 mars 1852, M. Constant Hattier fit dans sa thèse pour le doctorat en médecine une monographie sur le coxarthrocace sénile; dans le cours de ce travail il décrit cette affection, donne quelques observations, entre autres trois d'arthrocace sénile de la hanche, de l'épaule et du coude, trouve les mêmes altérations pathologiques que dans l'arthrite sèche de M. Deville, mais combat son opinion et surtout n'accepte pas cette dénomination, veut que l'affection débute toujours par une maladie des os, et, partant de cette idée, donne une théorie toute différente de celle que nous croyons bonne, confondant avec la raréfaction sénile des os le coxarthrocace sénile, ainsi que le témoigne l'appendice qu'il ajoute à sa thèse.

Nous croyons que M. Hattier a confondu certaines formes exceptionnelles avec la forme ordinaire de l'arthrite sèche; et nous avouons que nous n'eussions pas reconnu cette maladie dans son travail, s'il n'y avait plusieurs fois cherché à détruire les théories de M. Deville et voulu faire de l'arthrite sèche le coxarthrocace sénile.

L'année suivante, 1853, M. Charcot faisait sa thèse inaugurale sur la goutte asthénique primitive, nodosités des jointures, rhumatisme articulaire chronique forme primitive.

Retraçant avec un talent remarquable le tableau fidèle de cette affection, M. Charcot trouve des points de ressemblance avec l'arthrite sèche; l'anatomie pathologique, pour lui, serait la même; enfin il croit que l'arthrite sèche n'est qu'un rhumatisme articulaire chronique primitif.

Pour nous, telle n'est pas notre opinion, et nous pensons que, dans le chapitre du diagnostic, nous pourrons différencier ces deux maladies suffisamment pour ne pas laisser de doute dans l'esprit.

La même année, M. Trastour, dans sa thèse inaugurale sur le

rhumatisme goutteux chez la femme, trouve beaucoup de similitude entre la maladie qu'il décrit et celle que M. Deville appelle *arthrite sèche* : « Adams et Haygarth, dit-il, peut-être MM. Cruveilhier, Deville et Broca, en feraient l'arthrite sèche. » Nous ne le pensons pas; pour nous, du moins, nous ne pourrions partager cette opinion, et nous en renvoyons la preuve au chapitre du diagnostic.

Le même auteur termine en disant qu'il doute de l'identité du rhumatisme goutteux et de l'arthrocace sénile, qu'il admet comme M. Hattier, dû à la raréfaction et au ramollissement sénile des parties articulaires des os.

M. Vidal, en 1855, dans sa thèse, *Considérations sur le rhumatisme chronique primitif,* a aussi tendance à admettre l'identité de cette affection et de l'arthrite sèche; mais, suivant nous, les caractères essentiels de cette dernière affection sont assez différents pour ne pas admettre cette opinion, qui d'ailleurs est celle que nous avons dite énoncée dans la thèse de M. Charcot.

M. le Dr Houel, dans son *Manuel d'anatomie pathologique*, 1857, à la page 394, à propos des corps étrangers provenant de la synoviale articulaire, et à la page 396, à propos de l'altération des épiphyses des os, donne quelques détails auxquels nous aurons recours en parlant de l'altération de la synoviale et de celle de l'os dans l'arthrite sèche.

M. Plaisance, élève de M. Charcot, fit, en 1858, sa thèse inaugurale sur le rhumatisme chronique primitif; nous y trouvons, comme synonymie, *rhumatisme goutteux*, *goutte asthénique primitive* (Landré-Beauvais), *arthritis rheumatismo superveniens* (G. Musgrave), *nodosités des jointures* (Haygarth), *arthritis nodosa*, *rhumatisme noueux*, *arthritis pauperum*, *arthrite sèche* (Deville et Broca).

Nous avouons qu'au milieu de tant de synonymes nous trouvons des affections assez différentes, pour être loin de partager l'opinion de M. Plaisance, surtout pour la part qu'il fait à l'arthrite sèche,

opinion qui est devenue bien plus certaine après avoir lu sa thèse.

En effet, l'auteur divise le rhumatisme chronique primitif en deux formes : l'un, le rhumatisme chronique primitif progressif, qui n'est autre que celui décrit par M. Charcot, sur lequel il est donc inutile de revenir après ce que nous avons dit plus haut; l'autre, qu'il appelle *rhumatisme chronique primitif partiel.* Dans cette forme, il donne un certain nombre de signes que nous attribuons à l'arthrite sèche, mais il en est d'autres assez différents, pour que nous croyions ne pas devoir y reconnaître cette maladie; s'il n'a voulu décrire qu'une variété du rhumatisme chronique primitif, il nous semble s'être singulièrement écarté de son type : aussi nous estimons qu'il a voulu décrire l'arthrite sèche; seulement nous regrettons qu'il n'ait pu, par de bonnes observations, voir les points où son tableau est infidèle.

MM. Gosselin, Legendre et Bastien, en 1859, parlent encore de l'arthrite : le premier, dans une communication faite à la Société de chirurgie, admet l'identité du *morbus coxœ senilis* et de l'arthrite sèche, états morbides identiques qui, selon lui, caractérisent la coxalgie des adultes et des vieillards, essentiellement différente de celle des jeunes sujets; les deux derniers, dans un article publié dans le numéro 30 de la *Gazette médicale,* page 465, ayant pour titre *Déformation de l'articulation coxo-fémorale, suite d'arthrite sèche.*

M. Dolbeau, l'année dernière, présenta à la Société de chirurgie un mémoire sur une variété d'arthrite sèche; il cherche à y démontrer l'importance des hydarthroses considérables, s'appuyant sur trois observations. Nous croyons que l'auteur, par un effet du hasard, est tombé sur trois cas d'hydarthrose accompagnant l'arthrite sèche. Devant être considérée comme complication rare de cette maladie, nous ajouterons que cette forme, plus rare encore que l'épanchement qui parfois accompagne les débuts de la maladie, est précisément celle sur laquelle on n'avait pas encore appelé l'attention des observateurs.

Dans un volume que nous devons à l'obligeance de M. le Dr Gouraud (*Lehrbuch der speciellen Pathologie und Therapie*, par le Dr Félix Niemeyer, directeur de clinique médicale à l'Université de Tubingen, dans le tome II, page 474; Berlin, 1862), nous avons trouvé quelques pages consacrées à l'arthrite sèche. Cet auteur lui donne le nom d'*arthrite déformante*, en donne les caractères, les signes et l'anatomie pathologique, et quiconque lira l'article y reconnaîtra l'esquisse de l'arthrite sèche, mais fera un reproche à l'auteur, celui d'avoir été trop court sur une affection qui demande une plus longue description.

Sans doute, dans le court historique que nous venons de faire, nous avons omis quelques noms, mais nous n'avons voulu qu'indiquer les principaux auteurs qui, de plus ou moins loin, ont approché de la question, reconnaissant toutefois que, dans ces dernières années, les quelques travaux qui ont été faits prennent plus de netteté et tendent à reconnaître à l'arthrite sèche son entité morbide.

On s'étonnera peut-être que de nombreuses observations ne soient pas encore venues jeter un jour sur la question; nous croyons en trouver la cause dans la rareté relative de l'arthrite sèche dans les hôpitaux; la plupart des cas observés ont été recueillis dans les hospices destinés à la vieillesse : là on ne voit l'affection qu'à son plus haut degré de développement, et la plupart du temps chez des sujets incapables de donner quelques renseignements précis sur l'origine et la marche d'une maladie très-ancienne, qui, le plus souvent, ne les empêchait pas de travailler. La fréquence au contraire du rhumatisme chronique, par certains points semblable à l'arthrite sèche, a pu contribuer à la confusion de ces deux maladies.

La plupart de nos observations sont prises en dehors des hôpitaux, à une époque plus ou moins rapprochée du début; nos maîtres, en nous donnant cette facilité, nous ont ainsi permis d'observer ce que nous n'aurions pu faire en d'autres conditions. Mais chacun sait les difficultés qui s'opposent au désir que l'on peut avoir

de prendre une observation hors l'hôpital ; aussi nous avons été obligé de subir les conséquences de la position, et n'en donner qu'un nombre restreint.

NATURE.

Depuis que l'arthrite sèche a été étudiée, soit sous le nom de *morbus coxæ senilis*, soit sous celui de *rhumatisme articulaire chronique*, soit encore sous celui de *rhumatisme articulaire chronique primitif*, soit enfin sous celui que nous lui conservons, les différents auteurs ont donné leur opinion sur la nature probable de l'affection.

Lorsque Williams Smith décrivit pour la première fois le *morbus coxæ senilis*, ne voyant l'affection que dans l'âge avancé, il en fit une conséquence de la raréfaction osseuse ; la cause était donc dans une altération primitive du système osseux.

M. Hattier n'hésite pas à en faire une maladie dépendant de l'altération osseuse, et sous le nom de *coxarthrocace senile*, désigne assez quelle est, pour lui, la nature de l'affection dont il s'occupe.

Adams, en Angleterre, reconnaissant que bien d'autres articulations que celle de la hanche peuvent être affectées, range la maladie dans le rhumatisme chronique, et en fait une affection de nature rhumatismale.

Les Allemands, sous le nom d'*arthrocace*, de *rhumatisme chronique*, semblent avoir la même tendance, et nous paraissent se ranger de l'opinion que nous venons de signaler, la nature rhumatismale. Niemeyer (*loc. cit.*), en décrivant l'arthrite, qu'il appelle *déformante*, nous paraît partager l'opinion de ses compatriotes.

En France, depuis l'époque où la question fut agitée à la Société anatomique, sans vouloir décider la question, plusieurs auteurs ont émis leur opinion.

M. Cruveilhier, parlant de l'usure des cartilages, dit «que la cause

de cette usure est l'inflammation rhumatismale ou autre de la synoviale. »

M. Nélaton, dans son article sur le *morbus coxæ senilis*, dit que cette altération s'observe principalement sur les sujets rhumatisants. Depuis, ce même auteur a bien voulu nous parler de l'arthrite sèche, et nous a dit qu'il avait grande tendance à accepter que l'arthrite sèche était de nature rhumatismale.

Pour M. Broca, il dit, dans son rapport lu à la Société anatomique, que cette affection dépend d'une disposition générale.

Suivant M. Barth, ce serait le résultat du rhumatisme chronique.

Pour nous, nous croyons que l'arthrite sèche est une affection de nature rhumatismale, ou plutôt que c'est une des manifestations de la diathèse arthritique.

Il est d'ailleurs plusieurs raisons qui nous paraissent dignes de pouvoir, au moins, faire pencher pour la nature que nous acceptons; en effet, un excellent moyen de déterminer la nature d'une maladie, c'est d'après son siége: or tout le monde sait que l'appareil locomoteur ou plutôt que le système articulaire est le siége de l'arthrite sèche; chacun sait aussi, et c'est là le point le plus important, quel en est le siége anatomique; dès lors, n'est-on pas en droit de proposer ce que j'ai avancé au commencement de ce chapitre?

Nous croyons donc que l'arthrite sèche est une manifestation de la diathèse arthritique, et souvent de nature rhumatismale.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

L'anatomie pathologique de l'arthrite sèche est, dans l'histoire de cette maladie, le point qui a été le mieux étudié et a donné lieu au plus grand nombre de communications, dans la société savante que nous avons nommée déjà plusieurs fois.

Il est cependant encore bien des points douteux demandant à être

fixés, bien d'autres aussi permettant la confusion, avec le rhumatisme chronique, la goutte, la coxalgie, l'ostéite, etc.

Tout en cherchant à restreindre cette étude aux limites de la question, nous serons obligé de parler des autres affections que nous venons de nommer, soit pour aider à en reconnaître les différences anatomiques, soit pour rendre plus saillants certains caractères que nous croyons appartenir à l'arthrite sèche.

Nous nous servirons souvent, pour cette étude, des matériaux que nous avons trouvés dans les *Bulletins de la Société anatomique;* mais surtout des pièces qu'il nous a été permis d'examiner au musée Dupuytren et au musée de Clamart.

Enfin nous rapporterons une observation que nous avons prise sur une pièce que notre collègue et ami, M. Auger, a bien voulu nous donner.

Pour mettre plus de netteté et de précision dans l'étude qui va nous occuper, nous étudierons successivement toutes les parties qui constituent l'articulation, et qui prennent part aux altérations. En suivant cet ordre, nous croyons cependant plus logique de suivre celui des altérations. Nous devons admettre une division dans la maladie ; en effet, l'arthrite sèche est primitive, ou consécutive à une fracture ou à une luxation, ou bien encore, peut-être, à une maladie de l'articulation, comme le serait l'hydarthrose, l'arthrite aiguë ou chronique.

M. Deville (*Bull. de la Soc. anat.*, 23e année, 1848, p. 141) divise en trois périodes les altérations anatomiques :

1° Injection générale de la synoviale, comparable à celle de la péritonite, c'est-à-dire apparence de vaisseaux coupés par les deux bouts, ne se joignant jamais avec ceux du voisinage, de manière à former un réseau, quelques-uns marchant parallèlement. Déjà le cartilage se rencontre altéré, quelquefois même ce caractère est le premier et revêt des formes variées.

2° Des franges synoviales, des filaments, flottent libres dans la cavité articulaire, la capsule n'est plus lisse, a sa surface interne ru-

gueuse et inégale, présente des saillies analogues aux colonnes du cœur, a des parois notablement épaissies.

3° Déformation des surfaces articulaires soit par la formation d'un os nouveau, soit par la destruction de l'os ancien.

Ossifications quelquefois nombreuses, constituant des corps étrangers articulaires, venant presser sur les os et se montrer à leur surface. Quelquefois la déformation est si facile et si grande, qu'on voit disparaître la cavité articulaire et une luxation spontanée se produire.

Pour ce même chirurgien, si, le plus souvent, la première altération existe dans la synoviale, il est, au contraire, des cas où le début de l'altération est dans l'extrémité osseuse articulaire, puis consécutivement arrive la destruction, ou plutôt l'usure des cartilages, qu'accompagne presque simultanément la destruction de la synoviale.

Nous croyons que l'altération première est dans la synoviale; puis arrive l'usure des cartilages, l'éburnation des surfaces, la production de corps étrangers soit dans l'articulation, soit en dehors d'elle; et finalement ces grandes destructions sur lesquelles nous allons revenir. Si parfois l'altération semble avoir pour point de départ l'épiphyse osseuse, nous ne sommes pas éloigné de croire que dans ce cas particulier, l'arthrite sèche aurait suivi une altération ancienne de l'os.

A. *Arthrite sèche primitive.*

1° *Synoviale.*

L'altération qu'offre cette membrane présente un caractère particulier; si on y rencontre quelques-uns des signes de l'inflammation chronique de la synoviale, on ne peut cependant pas dire qu'elle existe. En effet, un des faits principaux de l'inflammation chronique est de déterminer dans l'organe, siége de cette altération, une sécrétion intarissable peu fibrineuse; or dans le cas dont nous nous occupons, c'est une tendance à la destruction qui caracté-

rise l'altération; tendance qui le plus souvent ne s'arrête que lorsqu'elle est complète; si parfois le fait ne s'accomplit pas, ce serait alors, sans doute, qu'auraient lieu ces hydarthroses qui peuvent accompagner pendant quelque temps l'arthrite sèche, pour bientôt disparaître.

Nous croyons, avec M. Deville, que le premier degré de l'altération de la synoviale est une injection générale, semblable à celle d'une inflammation aiguë d'une séreuse, comme dans la péritonite; mais, tandis que dans cette dernière affection, le résultat est la résolution ou la suppuration; dans la première, outre la destruction qui tend à se faire, il y a une production de franges synoviales et de filaments, qui flottent libres dans la cavité articulaire. Quelques-unes de ces productions vont s'organiser, et, par une transformation graduelle et assez rapide, former quelques-uns de ces corps étrangers osseux, que nous verrons tout à l'heure en bien plus grand nombre sur la capsule fibreuse et les autres éléments fibreux de l'articulation.

M. Cruveilhier (*Anat. pathol.*, t. II, p. 134), parlant des corps étrangers articulaires, de ceux surtout qui appartiennent à l'arthrite sèche, dit que les corps dont les pédicules sont les plus longs appartiennent aux corps développés à l'extrémité libre des franges synoviales; les plus courts, à ceux développés sous la synoviale.

Ces corps étrangers sont des productions ou végétations, développés aux dépens et dans l'épaisseur de la synoviale ou de ses franges, ou dans le tissu cellulaire sous-synovial. Dans tous les cas de corps multiples, M. Cruveilhier a trouvé l'usure des surfaces aticulaires. Ces corps, étrangers d'ailleurs, seraient libres ou pédiculés; parmi les libres, les uns seraient flottants ou dans des cellules dépendant de la synoviale.

Adams compare les filaments aux longues papilles coniques que l'on peut voir sur la langue et dans la gorge des quadrupèdes herbivores.

Ce travail destructeur s'opère assez rapidement; sur quelques cas

que nous avons pu observer, surtout dans l'observation faite à la suite de la fracture de la tête du fémur, déjà il n'y avait plus de trace de synoviale, ni même de ces franges et filaments dont nous avons parlé.

En même temps, la quantité normale du liquide que l'on retrouve dans l'articulation est changée, le plus souvent il en reste encore une très-faible quantité; il est un peu plus épais, roussâtre. Il arrive de trouver une sécheresse complète de l'articulation, nous-même l'avons observé.

Parfois au contraire, mais bien rarement, on retrouve la quantité de liquide augmentée, c'est qu'il y a hydarthrose; mais aussi on voit que la destruction de la synoviale n'est pas achevée. On pourrait cependant croire à la présence de l'hydarthrose seule, si en même temps on ne constatait d'autres productions bien plus spéciales.

M. Houel (*Manuel d'anat. pathol.*, p. 334) décrit ainsi l'altération de la synoviale : « La synoviale se couvre de fongosités très-bien décrites par Laennec, très-vasculaires au début, s'avançant plus ou moins entre les surfaces cartilagineuses qu'elles recouvrent, sans qu'il y ait généralement beaucoup de liquide. S'il y a un épanchement abondant, c'est un accident qui disparaît assez vite. Plus tard les fongosités perdent leur vascularité et ont un aspect fibreux, plus denses et vraies fausses membranes organisées. Puis, dans leur épaisseur, naît une masse fibro-cartilagineuse qui ne tarde pas à se pédiculer, se dirigeant en même temps vers le centre de l'articulation, le pédicule finit par se rompre. Le nombre de ces franges synoviales et par suite de ces corps étrangers finit par devenir considérable. »

Dans la tumeur blanche, il y a bien une altération de la synoviale ayant quelques points de ressemblance; mais, outre les autres signes auxquels on peut avoir recours en pareil cas, le caractère vraiment capital est cette tendance active à la destruction dans le cas d'arthrite sèche, remplacée, dans la tumeur blanche, par les signes

de l'inflammation chronique. Le caractère de l'altération de la synoviale, dans ce cas, n'est pas destructif, d'où il y a une abondante sécrétion du liquide fibrineux, ayant tous les caractères d'un liquide inflammatoire, tandis que si par hasard, dans l'arthrite sèche, la quantité de liquide est considérable, il n'est pas fibrineux.

2° *Cartilages diarthrodiaux, vrais cartilages de Henle.*

Sans vouloir faire leur étude anatomique, pour en tirer quelques conséquences pour l'étude de leurs lésions, nous dirons que : les belles recherches de MM. Toyn-Bee (*Philosophical transactions,* 1841, t. I, p.1 72 ; Redfern (*Anormal nutrition in articular cartilages,* avec fig. ; Edinburgh, 1849), Broca (*Bul. Soc. anat.*, 1851, p. 106), Wirchow (*Pathologie cellulaire*), ont prouvé, d'une manière non douteuse, que les cartilages diarthrodiaux étaient susceptibles de diverses altérations, telles que l'amincissement, l'usure, la perte d'élasticité, l'atrophie, l'érosion ulcéroïde, l'hypertrophie, le ramollissement, la nécrose. De plus, au musée Dupuytren, il y a de nombreux exemples de ces altérations. L'altération des cartilages, dans l'arthrite sèche, suit celle de la synoviale : celle-ci se détruisant, les cartilages se trouvent privés de nutrition, privés en grande partie de la synovie qui humectait leur surface; dès lors, par suite des frottements qu'ils subissent, ils s'usent ; toutefois cette usure, en se faisant avec une certaine rapidité, ne se fait que partiellement, plus rarement, peut-être, elle se fait en quelque sorte brusquement.

Nous sommes donc de l'opinion de M. le professeur Cruveilhier, qui dit (*Anat. pathol.*, t. III, p. 188) que l'usure des cartilages est la conséquence des frottements articulaires ; d'autres fois, ajoute-t-il, elle est produite par la pression continue sur certains points de ces cartilages.

Il resterait probable que cette altération des cartilages n'est qu'un fait purement mécanique, de l'usure en un mot, surtout par suite de frottements.

L'anatomie comparée, si utile pour les recherches anatomiques et physiologiques, nous fournit en cette circonstance de forts bons enseignements. Nous devons à l'extrême obligeance de MM. Bouley et Reynal, d'avoir pu constater, à Alfort, combien chez le cheval l'usure des cartilages diarthrodiaux est remarquable, ces deux professeurs nous en ont fait examiner de fort beaux spécimens. « Cette usure, nous ont-ils dit, est surtout fréquente dans les articulations à grands mouvements, au jarret surtout, à l'articulation de l'occipital sur l'atlas ; le cartilage est complétement détruit en certains endroits, soit comme à l'aide d'un emporte-pièce, soit avec des bords déchiquetés et taillés à pic ; la synoviale est entière et sans altération appréciable ; l'usure, en pareil cas, est une chose évidente. »

Une des premières phases de la lésion est une sorte de ramollissement ; le tissu cartilagineux se décompose en fibres perpendiculaires à la surface de l'os, et forme ce que l'on appelle l'*altération velvétique,* d'après Redfern.

Cette usure, d'ailleurs, ne se fait pas également sur toute la surface épiphysaire ; il est au contraire des cas où, sur la tête de l'humérus par exemple ou bien celle du fémur, il se fait au centre de la tête un épaississement, tandis que sur les bords le contraire se passe ; d'ailleurs, cet épaississement n'est que temporaire, et, bientôt la lésion avançant, elle gagne aussi cette partie épaissie.

M. Houel (*loc. cit.,* p. 396) décrit ainsi la dernière altération du cartilage : « Par suite de la sécheresse de l'articulation, dit-il, ce cartilage articulaire présente souvent des sillons, des rainures, dans le sens des mouvements ; et, lorsqu'il disparaît, la partie osseuse qui la supportait s'éburne souvent. »

M. Broca, en 1851 (*Bull. de la Soc. anat.,* 1851, p. 164), fit l'examen microscopique des cartilages altérés. Voici son observation : « C'est une tête de l'humérus trouvée sur le cadavre d'une femme de 70 ans. Le cartilage d'encroûtement est nécrosé en deux points et ossifié dans un autre endroit. Il y a des fongosités et des franges de

la synoviale; le tissu osseux est très-raréfié, même au centre de la tête de l'humérus, il y a une cavité grosse comme une cerise, pleine de suc huileux. Au centre de la tête, le cartilage est épaissi à la coupe; au microscope, on trouve quelques cavités normales, un grand nombre très-développées, ovoïdes, longues de $0^{mm},08$, de $0^{mm},06$ de large, ayant jusqu'à 10 ou 12 noyaux. En raclant la surface du cartilage et de la synoviale, on extrait des cellules d'épithélium et beaucoup de petits cristaux prismatiques et triangulaires, ayant jusqu'à $^1/_{10}$ de mill. de long. Dans le voisinage du trochiter, à 3 millimètres environ du bord du cartilage, il y a deux petits séquestres cartilagineux libres, coïncidant avec les cavités d'où ils ont été détachés.

« En outre, sur le cartilage, il y a l'altération velvétique en certains points; plus loin, des érosions plus ou moins profondes; surtout près des bords, il y a de petites places, où le cartilage diarthrodial a été envahi par l'ossification. »

Notre collègue, M. Lancereaux, en pratiquant l'année dernière une autopsie sur un malade mort à la Pitié, dans le service de M. Gendrin, y rencontra par hasard une arthrite sèche du genou; il examina la région, fit l'examen microscopique des cartilages, et recueillit quelques notes que nous allons reproduire textuellement:

Le sujet de l'observation est un homme de 50 à 60 ans, mort d'accidents cérébraux graves, après quelques heures de séjour à l'hôpital.

« On entend des craquements secs lorsqu'on veut faire exécuter des mouvements aux rotules. Les articulations des genoux sont ouvertes; il y a *absence de synovie.*

« A l'intérieur, destruction, usure presque complète du cartilage; mais, en outre, la surface des condyles, surtout celle qui frotte, est lisse, régulière, très-dure, et offre des rayures qui semblent faites à l'aide d'un instrument. Ces rayures sont toutes autour de sillons, séparés par des crêtes très-régulièrement disposées, et parfaitement adaptées à des sillons et à des crêtes correspondantes sur les rotules.

Au-dessous, ou plutôt en arrière, sur la portion des condyles moins exposée au frottement, le cartilage existe encore, mais il est rougeâtre; sa surface est veloutée. *A l'examen microscopique, il est constitué par une matière comme fibroïde, plus ou moins granuleuse, et des cellules mères avec des cellules filles, parfois très-nombreuses; d'autres cellules en partie graisseuses. Je crois également y trouver des vaisseaux.*

« La surface de l'os est moins éburnée en ce point. Les condyles et la rotule sont plus altérés à droite qu'à gauche; les rayures sont plus profondes; mais, en outre, l'altération condylienne existe surtout sur les condyles externes, les internes sont certainement moins altérés. Les cartilages antérieurs articulaires et semi-lunaires paraissent encore sains; ils ne sont pas examinés. »

En résumé, nous dirons que le cartilage diarthrodial s'altère en même temps à peu près que la synoviale, et que cette altération consiste en une usure.

3° *Ligaments et cartilages interarticulaires.*

Rarement ces cartilages ont pu être observés au début de la maladie; presque toujours on les a trouvés détruits, soit partiellement, soit en totalité; pour nous, dans les cas qu'il nous a été donné de faire l'examen sur des pièces fraîches, nous l'avons trouvé détruit presque en totalité, sans que cette destruction offrît un caractère spécial.

Ainsi le ligament rond de l'articulation coxo-fémorale, le plus souvent est détruit sans laisser la moindre trace, de même, on ne retrouve pas de traces des ligaments croisés et semi-lunaires de l'articulation du genou.

Ces ligaments participent-ils à ces productions stalactiformes qui partent surtout des parties fibreuses, concourant à la constitution de l'articulation? Nous avouons ne pouvoir répondre à cette question. Mais la structure fibreuse de ces ligaments nous engage à croire

qu'ils ne sont pas étrangers à ces productions stalactiformes, qui se rencontrent au niveau de leur insertion, productions qui semblent être le propre du système fibreux de l'articulation.

4° *Os.*

L'altération porte sur l'extrémité épiphysaire de l'os; tout à l'heure nous dirons comment nous croyons pouvoir ainsi limiter l'affection osseuse.

La plupart des travaux faits sur cette maladie signalent les altérations des os, c'est aussi celles que représentent la plupart des pièces des musées; c'est donc une des phases les mieux connues.

Nous devons étudier la maladie de l'os lui-même, ses limites probables; les divers produits qui se déposent sur les extrémités; les déformations que subissent les extrémités articulaires.

a. *Altération de l'os.*

L'altération de l'os consiste en une raréfaction osseuse, raréfaction qui tantôt détermine une diminution de volume de l'extrémité, d'autres fois, au contraire, semblant en déterminer une augmentation, le plus souvent cependant due à la production d'une quantité variable de stalactites osseuses autour d'elle. Souvent la densité est sensiblement diminuée, c'est le cas le plus fréquent observé sur les pièces du musée Dupuytren; plus rarement, elle semble augmentée. Il en existe un beau spécimen au musée de Clamart, sur une tête du fémur, de même que la pièce 556 D du musée Dupuytren.

Quelle peut être la nature de cette lésion? Nous croyons volontiers que c'est une ostéite tantôt raréfiante, tantôt condensante. Cette ostéite serait d'ailleurs bien différente de celle que l'on peut observer comme maladie primitive de l'os.

En effet, sa manière d'être en est bien distincte; Gerdy nous en

donne les différences au tome III de sa *Chirurgie pratique,* dans les maladies des organes du mouvement.

Page 84 : « L'ostéite est rarement simple, elle se propage promptement aux autres parties de l'os. » Page 102, après l'observation de Jacquet, il dit : « Cette ostéite s'étendit au corps du fémur, *parce qu'un point d'irritation dans un os se propage souvent aux points de cet os les plus éloignés, et parfois à l'os entier, et sans qu'il y ait nécessairement continuité, comme je l'ai déjà dit.* »

Enfin, à la page 109, il dit encore : « Lors même que ces affections n'occupent qu'un point, qu'une partie de l'étendue d'un grand os, on en trouve presque toujours des traces plus ou moins prononcées dans d'autres points, ou du moins on y trouve presque toujours des traces d'une vascularité plus grande. »

Or il en est bien autrement de l'ostéite, qui, dans l'arthrite sèche, occupe l'extrémité épiphysaire des os. Et d'abord elle est toujours simple, c'est-à-dire qu'elle ne se propage que très-exceptionnellement au reste de l'os. Jamais, à plus forte raison, elle ne se propage aux parties les plus éloignées de l'os, ni jamais à l'os entier.

Enfin nous ajouterons que l'ostéite n'est que de la forme raréfiante, quelquefois condensante, mais jamais ramollissante.

Il sera dès lors facile de distinguer le cas où il y a ostéite primitive, de celui où l'ostéite est sous la dépendance de l'arthrite sèche.

Mais nous proposons de limiter encore davantage, et de dire que l'altértaion osseuse, pas plus celle qui atteint sa structure, l'ostéite, que celle qui en détruit la forme, les productions osseuses circonférentielles, ne dépassent l'épiphyse de l'os et l'insertion des ligaments. Notre expérience, sur ce fait nouveau, n'est pas encore assez grande pour que nous osions le donner comme un fait acquis à la science; seulement s'il se trouvait plus tard justifié par les observations, ce serait un fait important pour l'étude des lésions osseuses, propres à la maladie que nous décrivons.

M. Houel (*loc. cit.*, p. 396) est le premier que nous sachions avoir signalé ce fait; et parlant de l'altération des épiphyses des os, il dit :

« Dans la première période, les extrémités osseuses sont affaissées sur elles-mêmes, renversées en dehors; sur le pourtour des surfaces articulaires, le tissu spongieux des épiphyses est raréfié, il se fait quelquefois de vraies luxations spontanées. *C'est que l'altération de l'os est bornée à l'épiphyse, et ne dépasse point l'insertion ligamenteuse.* »

Nous avons pu constater le fait plusieurs fois, entre autres, d'une manière évidente, dans l'observation que nous rapportons à la fin de ce chapitre.

Sur les pièces du musée Dupuytren, on peut également voir que sur toutes celles qui appartiennent évidemment à l'arthrite sèche, la diaphyse paraît toujours saine. Nous en signalerons cependant quelques-unes, qui nous semblent concluantes.

Au n° 556 B de cette collection, il y a une tête du fémur gauche, autour de laquelle reste encore l'insertion inférieure de la capsule fibreuse. La tête est visiblement déformée, allongée de haut en bas, et augmentée dans ce sens par une production osseuse de nouvelle formation, qui se trouve un peu en arrière et en bas, et efface complétement le col; on constate très-facilement qu'aucune de ces productions ne dépasse l'insertion de la capsule fibreuse. Des coupes, pratiquées sur la pièce, permettent de constater également que l'altération osseuse, consistant en une raréfaction, ne dépasse pas les mêmes limites.

Au n° 556 D est une pièce également très-démonstrative, malheureusement il manque une coupe pour en donner une preuve irrécusable. C'est une articulation coxo-fémorale droite. La tête est déformée par de nombreuses stalactites, la surface articulaire de la tête est éburnée, et a en un point une plaque d'ivoire; la cavité cotyloïde est également déformée, et est le siége de stalactites osseuses; le rebord cotyloïdien est entouré d'une épaisse production de même nature.

Malgré ce *desiderata,* il est facile de voir que la diaphyse de l'os, ainsi que l'os iliaque sont parfaitement sains.

Nous signalerons encore le n° 556 F; c'est une hanche gauche, où on voit à peu près les mêmes choses que dans la pièce précédente, et une fois encore, on voit qu'il n'y a aucune altération soit dans la diaphyse de l'os, soit du côté de l'os iliaque.

Si, d'après ce que nous venons de dire, il serait difficile de confondre l'ostéite de l'arthrite sèche avec l'ostéite primitive, il ne serait pas moins difficile de la confondre avec la lésion de la tumeur blanche, ou de la coxalgie. Dans le premier cas, non-seulement la lésion consiste le plus souvent en un ramollissement, qui n'a pas de semblables limites, mais encore, il y a dans les autres parties de l'articulation une série de lésions, les fongosités surtout, qui empêchent toute confusion. Dans le second, la raréfaction a tendance à s'étendre, parfois est accompagnée de suppuration; la tête du fémur n'est plus déformée de la même manière, et, chose particulière, il y a une raréfaction évidente de l'épaisseur de la cavité cotyloïde, si bien, que souvent l'on voit le fond de cette cavité prête à céder, parfois même la perforation a lieu.

Telle est l'altération du tissu osseux dans l'arthrite sèche ; mais, en même temps, il se passe à la surface de l'os certaines lésions que nous allons maintenant signaler.

Lorsque les cartilages diarthrodiaux commencent à s'user, qu'ils manquent en certains points, déjà l'on remarque sur les surfaces articulaires des os une usure particulière, consistant en une série de sillons séparés par des éminences correspondantes, tous dans le sens des mouvements de flexion et d'extension; ces sillons sont faits avec une grande régularité; bien des fois signalés dans les présentations faites à la Société anatomique; Morgagni, dans son observation, dit que ces sillons semblent faits à l'aide d'un scapel : « Quam si quis scalpri aciem, ab summo ad imum sæpius ducendo, « appressisset. » Dans la note que nous avons reproduite dans ce chapitre, il semble qu'ils soient faits à l'aide d'un instrument.

C'est en même temps que l'on remarque l'aspect velvétique, dû à

l'altération concomitante des cartilages. Ce phénomène est un des premiers de cette phase, car bientôt succède une autre lésion bien connue et souvent décrite, l'éburnation.

En quoi consiste donc cette éburnation? Nous croyons ne la devoir attribuer qu'à un fait purement mécanique; privées de cartilage, les surfaces osseuses viennent frotter l'une contre l'autre, elles se durcissent en ces points, prennent un poli remarquable, et il n'est pas rare de voir ces surfaces de frottement remplacées par de vraies plaques d'ivoire.

Nous ne croyons pas devoir douter de la cause mécanique de ces éburnations; en effet, toujours on les voit plus marquées du côté où se font les frottements les plus répétés.

L'anatomie comparée peut d'ailleurs nous servir encore en cette circonstance. Les mêmes professeurs de l'École d'Alfort, dont nous nous faisons un devoir de reconnaître l'extrême obligeance, ont aussi bien voulu mettre à notre disposition les pièces de leur riche ollection anatomique; nous avons pu y voir de ces éburnations énormes, occupant presque toute l'étendue de la surface articulaire, de même des plaques d'ivoire fort étendues, et ces altérations existaient toujours dans les articulations à frottements répétés, ou bien dans celles appelées à supporter une pression considérable.

Nous en donnons un exemple dans l'observation que nous rapporterons plus bas. Dans les musées, et entre autres à celui de Clamart, nous en avons trouvé un fort bel exemple, dont voici la description; nous y verrons encore la plupart des autres lésions de l'arthrite sèche.

C'est la tête du fémur du côté droit. La densité est diminuée, et le poids paraît faible relativement au volume de la tête. Le col est horizontal, moins long qu'à l'état normal; la tête est obliquement aplatie de haut en bas et de dehors en dedans; *cette surface est un type d'éburnation, ayant une plaque d'ivoire, dont les dimensions sont d'environ 4 centimètres et demi dans un sens, sur 3 centimètres et dem*

dans l'autre. Cette tête est sensiblement augmentée de volume, et mesure environ 12 centimètres sur 16 centimètres dans ses deux plus grands diamètres; cette augmentation est due à la production de stalactites osseuses, parfaitement unies et soudées à la tête dont on ne peut les séparer.

Bien qu'il n'y ait pas de coupe faite sur le fémur, on peut regarder la pièce comme une confirmation de ce que nous avons dit sur les limites de l'altération osseuse de l'épiphyse.

b. *Des produits qui se forment autour de l'épiphyse osseuse.*

Cette lésion marche avec la précédente.

Autour de l'os et sur les surfaces articulaires, il se fait une production nouvelle, passant par une série de transformations que nous ne pouvons indiquer, arrivant, comme dernier terme, à être osseuse. Ce sont les stalactites osseuses, que nous appellerions volontiers *stalagmites osseuses,* réservant le nom de *stalactites* aux productions venues de dehors en dedans, c'est-à-dire de la capsule ou autres éléments entourant l'articulation.

La surface articulaire, une fois privée de cartilage, se recouvre de plaques de grandeur variable; parfois ce ne sont que des points épars qui, se réunissant, formeront une plaque. Ces productions, d'abord molles et semblables à une goutte de cire, arrivent à prendre plus de consistance et deviennent bientôt osseuses ; c'est sur ces surfaces que souvent se feront les frottements, et ce sera déjà une première cause du bruit que l'on entend dans les mouvements. L'épaisseur de ces productions est rarement considérable, et il est à remarquer que jamais elles n'arrivent à être l'origine d'une soudure.

Mais un autre fait non moins digne d'attention, est la prédilection de ces productions pour les cavités articulaires destinées à recevoir une tête, et nous nous expliquons. La cavité cotyloïde, par exemple, est ordinairement le siége de ces productions. En commençant, on ne trouve encore que de ces gouttelettes dont nous avons parlé; nous

en donnerons un exemple dans notre observation. De même à la surface du tibia, destinée à recevoir les condyles du fémur; mais là on en retrouve également sur la surface des condyles fémoraux.

En même temps, autour des cavités, se forment des productions nouvelles; ainsi parfois le bourrelet cotyloïdien est augmenté considérablement par une de ces productions osseuses, qui vient en doubler le volume, tandis que d'autres fois ce sera le contraire, c'est-à-dire que la cavité aplatie et complétement déformée ne sera plus qu'une surface, semblant due toute entière à une plaque de nouvelle formation.

Autour des os, des têtes osseuses par exemple, il se forme un bourrelet assez considérable, donnant à l'articulation une forme toute nouvelle; déjà nous en avons cité des exemples : c'est ainsi que le col du fémur disparaîtra sous une de ces productions; d'autres fois ce sera le tibia, qui, singulièrement déformé, donnera au genou un aspect tout nouveau. La plupart des os qui concourent à une articulation, concourent à cette lésion, et se trouvent entourés par ces stalagmites osseuses. Toutefois il est à remarquer que cette déformation, conséquence de ces productions, ne porte presque jamais également sur toute l'articulation, presque toujours il est un côté plus déformé que l'autre; c'est ainsi que d'après nos observations, au genou par exemple, le côté interne est le plus souvent le siége de la déformation.

On comprend combien cette remarque peut servir au diagnostic, de l'hydarthrose par exemple, où le genou est régulièrement arrondi, de même pour le rhumatisme et la tumeur blanche.

Il est bon d'ajouter que ces productions de stalagmites ne sont bien sensibles que lorsque l'affection est déjà avancée; en effet, dans les premiers temps, le bourrelet n'est pas encore formé, ce ne sont que de petites productions osseuses, les unes avec un très-court pédicule, les autres sessiles, devant plus tard, par leur accroissement et leur réunion, former le bourrelet. Enfin ajoutons que ces productions se font ordinairement sur un os privé de son périoste.

Un détail anatomique particulier mérite d'être signalé, c'est que, quelle que soit l'épaisseur de ce bourrelet osseux, quelle qu'en soit la densité, il est toujours possible de le distinguer, à la coupe, de l'épiphyse de l'os; jamais on ne peut l'en séparer, et dans les cas où on voyait manifestement son point de contact avec l'os ancien, on n'a pu y arriver; mais en pratiquant une coupe, on voit parfaitement là où est son point de contact avec l'épiphyse de l'os; en un mot, là où il commence, là où il finit.

Il est ainsi facile d'en tirer une conclusion : c'est qu'il ne sera pas possible de confondre soit avec une hyperostose, soit avec toute autre maladie, ayant déterminé une augmentation de volume de l'os.

Examiné au microscope, on a toujours retrouvé les éléments du tissu osseux, seulement d'une densité plus grande que celle du tissu spongieux.

En vertu de quel mécanisme se fait cette production? Nous n'en savons rien, et nous ne pouvons que constater le fait.

Nous avons déjà cité de nombreux exemples de ces productions osseuses; nous en citerons quelques autres encore, qui touchent aussi à la troisième lésion.

Nous ne ferons qu'indiquer les n°s 556 A et 556 C du musée Dupuytren, où on voit des têtes de fémur déformées, de l'usure des cartilages et de nombreuses végétations osseuses, qui ne paraissent pas dépasser les parties fibreuses de l'articulation.

Au 555 A et 555 D, nous avons des exemples remarquables de productions osseuses multiples, ayant de plus déterminé une flexion du bras. Au premier, il y a une flexion à angle droit; de nombreuses productions osseuses, entre le cubitus, la trochlée et l'épitrochlée, la tête du radius est entourée d'un bourrelet osseux. Au second, est une déformation et une subluxation en avant du coude droit; de très-nombreuses productions osseuses entourent l'articulation.

Nous en avons vu un autre exemple au musée de Clamart, sur deux articulations du coude, l'un droit, l'autre gauche. Les articulations

offrent un beau spécimen de productions osseuses multiples, en même temps que de subluxations. Il est aussi facile de s'assurer que s'il y a quelque altération osseuse, elle porte seulement sur les épiphyses.

Au coude gauche, il y a subluxation en avant du radius; flexion à angle droit de toute l'articulation; de nombreuses stalactites osseuses entre l'olécrâne, la trochlée, l'épitrochlée et le cubitus; l'une de ces productions n'a pas moins de 2 centimètres et demi. Le ligament latéral externe existe encore.

Au coude droit, il y a subluxation en arrière; de ce côté, il y a encore un nombre plus considérable de productions osseuses que sur le coude, dont nous avons parlé; elles occupent toutes les parties de l'articulation, mais surtout le ligament antérieur.

Ces productions stalactiformes sont très-communes dans l'arthrite sèche; bien différentes d'ailleurs soit des tophus de la goutte, soit des productions qui se rencontrent parfois dans certaines maladies de l'os. Celles-ci, en effet, n'offrent jamais cette multiplicité et cette abondance que l'on rencontre dans les cas dont nous parlons, jamais, de plus, ne s'associent aux lésions que nous avons décrites et à celles que nous allons décrire.

c. *Déformations.*

Déjà nous venons de parler des déformations qui accompagnent l'arthrite sèche, et qui tiennent aux nombreuses productions osseuses, qu'elles soient circonférencielles ou qu'elles soient sur les surfaces articulaires. Mais il en est d'autres, quoique plus rares, pouvant être la conséquence de la maladie.

D'abord, de ces immenses délabrements, arrivant à la dernière période, entraînant avec eux, outre les productions osseuses qui déforment l'articulation, des destructions complètes qui rompent toute espèce de rapport des surfaces articulaires entre elles.

Vouloir les décrire, serait vouloir passer en revue tour à tour chacune de ces grandes déformations.

Nous en signalerons un exemple qui est au musée Dupuytren, et que l'on peut considérer comme un type de la destruction arrivée au plus haut degré. La pièce a été présentée par M. Cruveilhier (*Bulletins de la Société anatomique,* 1854, p. 308); ce sont les deux articulations coxo-fémorales d'une femme morte dans son service, âgée de 40 ans, entrée pour une paralysie des membres inférieurs. La faisant marcher, tout près et en dehors des crêtes iliaques, on voit une tumeur énorme, avec mobilité assez grande de la tête du fémur. Dans sa jeunesse, elle marchait bien, et estimait que jamais elle n'avait eu de difformité avant le début de la paralysie.

A l'*autopsie,* les deux articulations sont tuméfiées, la séreuse remplie de sérosité sanguinolente ; le petit fessier recouvre la capsule et se confond avec lui ; son tissu est presque tout entier devenu fibreux. Le psoas iliaque est atrophié et contient des points osseux. Le pectiné est devenu fibreux. Les arcades pubiennes sont énormes, comme dans une luxation congénitale ; les branches pubiennes horizontales et descendantes sont grêles et écartées.

Les deux cavités cotyloïdes ont presque doublé d'étendue, ont une forme assez oblongue, le grand diamètre tourné de haut en bas ; la tête fémorale est aplatie, le col du fémur bien plus court. Au lieu de cartilage d'encroûtement, il y a des rugosités et des points saillants, comme éburnés. Tout autour des articulations, il y a des végétations nombreuses, de volume variable, depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'une petite noix, les unes cartilagineuses, les autres ossifiées, les unes tenant par un pédicule assez épais, d'autres presque libres.

Le même auteur (*Dict. de méd. et de chirurg.,* t. III, p. 509) donne un exemple de déformation pouvant faire croire à des fractures ; il dit : « A l'autopsie, on trouve les surfaces articulaires déformées, le pourtour des têtes de l'humérus, du fémur, du tibia, avec tant de végétations osseuses, qu'on peut croire à une fracture ancienne du col consolidée sans raccourcissement. » Un fait digne de remarque, c'est

que, d'après l'observation de M. Cruveilhier, jamais il n'y a eu de suppuration.

Parmi les déformations que subissent les os dans leurs rapports, il faut parler des luxations et des fractures.

Les luxations accompagnant l'arthrite sèche ne sont pas rares, elles sont complètes ou incomplètes, plus souvent de simples subluxations; outre les défauts de rapports des surfaces articulaires, on rencontre les diverses lésions dont nous venons de parler, arrivées à un développement variable, mais ne présentant rien d'assez spécial pour être obligé de revenir sur ce que nous avons dit.

M. Broca, en 1850, citait une observation de luxation (*Bull. Soc. anat.*, 1850, p. 70): «A la fin de décembre 1848, il se fit tout à coup un gonflement œdémateux, mais nullement douloureux, de la hanche et de la cuisse gauches; on mit un emplâtre de poix de Bourgogne et le gonflement disparut peu à peu; ni douleur, ni fièvre, ni gêne dans les mouvements, seulement craquement osseux très-fort. En juin 1849, il y a un raccourcissement considérable, avec claudication; le grand trochanter est en arrière, sur le même niveau que l'épine iliaque antéro-supérieure, il y a un raccourcissement de 5 à 6 centimètres; la tête fémorale est dans la fosse iliaque externe. Les mouvements sont indolents, donnant au niveau de la hanche des craquements osseux manifestes. En tirant on réduisait la luxation qui se reproduisait aussitôt.»

Dans un cas de M. Deville, le fémur droit était dans la fosse iliaque externe, le bassin culbuté en avant; aussi la branche horizontale du pubis était verticale, et le sacrum recourbé à angle droit.

M. Vibert enfin, en 1856, montrait une semi-luxation du genou, en vertu de laquelle la face antérieure du fémur et celle de la rotule regardaient en dehors, la crête du tibia en dedans; dans l'échancrure intercondylienne il y avait un corps étranger de la grosseur d'une amande.

Au musée Dupuytren, on voit un fémur luxé dans le trou ovalaire,

le ligament ovalaire participe à l'ossification, et il semble, d'après la pièce, que la luxation s'est opérée en trois temps.

On rencontre aussi des fractures dans le cours de l'arthrite sèche, pouvant amener des déformations.

Mais, il faut l'avouer, ces déformations sont bien rarement diagnostiquées, et nous verrons plus loin que les plus habiles chirurgiens y ont été trompés; si bien que le plus souvent, ce n'est qu'à l'autopsie que l'on reconnaît la luxation ou la fracture.

L'ankylose n'existe que très-rarement, ce n'est le plus souvent qu'une fausse ankylose ; nous croyons que s'il y a ankylose elle est due à l'immobilité qu'a gardée le malade pendant la vie, mais nous ne croyons pas à une ankylose vraie : toujours est-il qu'elle ne se fera pas comme dans le rhumatisme chronique, c'est-à-dire à toutes les jointures qui en ont été attaquées, laissant après elles ces attitudes si bizarres que donnent les articulations ankylosées d'un membre.

On doit encore signaler l'hydarthrose comme pouvant déformer l'articulation : nous en dirons un mot plus loin, la déformation n'étant pas due à l'os.

Bien que nous ayons cru devoir séparer les diverses lésions osseuses, nous ne prétendons pas qu'elles arrivent successivement, toutes arrivent simultanément ou à peu près, et par leur concours amènent les lésions de la maladie ; lésions qui, par leur ensemble, nous permettront de distinguer avec la raréfaction des os chez les vieillards.

Dans la raréfaction osseuse chez les vieillards, ainsi que l'indique son nom, il y a simplement diminution de volume, par suite changement dans la direction normale, au col du fémur, par exemple, qui tend à devenir horizontal ; dans l'arthrite sèche, en même temps que se fait la raréfaction osseuse, il se fait en quelque sorte une reproduction nouvelle, se manifestant par la production de stalactites osseuses; il se fait une raréfaction, que ne vient pas remplacer une production nouvelle, aussi voit-on souvent des effets suivre cet état :

c'est ainsi que chez le vieillard souvent il se fait des fractures du col du fémur, fractures ordinairement spontanées et dues à cette raréfaction osseuse. Dans pareil cas on ne trouve pas de ces stalactites osseuses venant entourer l'extrémité osseuse, on ne voit pas non plus ces destructions des parties fibreuses entourant l'articulation ; ce que l'on voit, c'est purement et simplement une raréfaction pouvant entraîner des destructions partielles, et détruire les rapports normaux.

Au musée de Clamart, il y a un exemple qui nous paraît tout à fait représenter la raréfaction de l'os chez le vieillard ; aussi allons-nous en faire la description.

La tête du fémur gauche n'existe presque plus, à sa place est une petite masse aplatie ; la cavité cotyloïde correspondante est réduite à une fente oblongue, se continuant avec le trou ovale ; le col n'a plus guère que 1 centimètre de longueur. Il n'y a pas de production osseuse.

A droite il y a une luxation en haut et en avant, la tête du fémur est sur l'épine iliaque antéro-inférieure, elle est diminuée de volume, le col est horizontal ; on trouve quelques productions osseuses. La capsule fibreuse est encore toute entière existante.

Il est évident que toutes ces parties sont d'une densité moindre qu'à l'état normal, et ont un poids sensiblement plus faible.

On voit par cet exemple combien la différence est sensible, et combien on doit faire de distinction entre ces deux états ; nous dirions presque, combien est grande la différence entre un état pathologique dans le cas d'arthrite sèche, et l'état normal chez le vieillard, la raréfaction du tissu osseux.

4° *Tissus fibreux et muscles.*

Nous groupons sous un même titre les tissus fibreux et les muscles, non pas que nous ne puissions en faire la distinction, mais parce que

les lésions sont tellement semblables entre elles, qu'en faire une division ne servirait qu'à rendre plus difficile l'étude que nous allons faire.

a. *Ligaments.*

Les lésions des ligaments n'ont été jusqu'ici qu'incomplétement étudiées ; dans les cas observés, tantôt un des ligaments existait encore, tantôt on n'en trouvait plus de traces.

Nous croyons que ces ligaments jouissent des mêmes propriétés que les éléments fibreux : tantôt s'unissant à la capsule fibreuse, comme elle ils participent à la formation des corps étrangers; mais ils sont remplacés par une série de ces corps, si bien que ne s'ossifiant pas en masse, ils ne donnent pas lieu à une soudure osseuse.

M. Broca, dans une articulation du coude, a vu une production osseuse du volume de l'olécrâne, dans le ligament antérieur plus court que normalement, deux autres de chaque côté de l'articulation; le ligament postérieur très-développé, l'insertion supérieure se faisant par l'intermédiaire d'une production osseuse confondue avec le tissu de l'humérus.

Le même auteur cite un exemple d'ossification du ligament acromio-coracoïdien, dans une arthrite sèche de l'épaule.

M. Foucher, en 1854, présenta une rotule avec des plaques osseuses dans le ligament rotulien.

Nous croyons donc que bientôt, ne faisant plus qu'une même masse avec la capsule fibreuse, les ligaments participent à ses altérations.

L'anatomie comparée semblerait nous prouver que les ligaments latéraux peuvent s'ossifier. Il est chez le bœuf, mais surtout chez le cheval, une maladie appelée *javart cartilagineux ;* les ligaments latéraux, unissant entre eux le paturon et la couronne, s'ossifient complétement, et il en résulte une ankylose complète de l'articulation correspondante à ces ligaments.

b. *Capsule fibreuse.*

La capsule fibreuse est un des éléments anatomiques, qui semble s'altérer le plus rapidement et le plus profondément.

M. Deville en donne les principaux caractères : « Elle n'est plus lisse à sa surface interne, elle est rugueuse et inégale, et présente des saillies analogues aux colonnes du cœur, ses parois sont notablement épaissies.

Bientôt de la capsule fibreuse naissent une foule de petits corps étrangers, d'abord mous et ayant une apparence fibreuse, puis prenant plus de consistance et de dureté, et finissant par devenir réellement osseux. Ces corps sont les uns sessiles, les autres ayant un pédicule plus ou moins long, quelques-uns peuvent rester ainsi retenus par leur pédicule, mais il en est d'autres dont les pédicules se rompent, et vont rester libres dans l'articulation, pouvant peut-être parfois entraîner certains des accidents attribués à la présence de corps étrangers articulaires.

Ces productions fibro-cartilagineuses ou plutôt osseuses envahissent toute la capsule, et dans les cas où la maladie est très-avancée, on voit en quelque sorte toute la capsule confondue en une production nouvelle.

Les insertions de la capsule semblent être le point où les productions sont le plus abondantes et le plus fortes, en même temps qu'elles sont le point limite inférieure et supérieure des productions stalactiformes et stalagmiformes.

Bien rarement ces productions se souderont ensemble, et formeront ainsi une bourse osseuse complète, pouvant causer l'immobilité de l'articulation.

c. *Muscles.*

Les muscles, en général, ne sont pas altérés, cependant on cite

quelquefois, dans l'arthrite sèche de l'épaule, une certaine atrophie du deltoïde.

Dans d'autres régions, on remarquera la part que prennent leurs éléments fibreux, tels que leurs tendons ou leur capsule, aux productions osseuses nouvelles si remarquables des éléments fibreux de l'articulation.

Il n'est pas, que je sache, de lésion, autre que dans l'arthrite sèche, qui présente semblable production osseuse dans la gaîne des psoas et iliaque, par exemple.

M. Deville, en 1850, disait avoir vu pour la troisième fois l'ossification du muscle psoas et iliaque, il rappelait avoir vu la même ossification dans le brachial antérieur.

Nous-même avons vu une semblable ossification du psoas et iliaque, nous en parlerons plus bas.

Au musée de Clamart, on voit sur une pièce une pareille altération. C'est un bassin, avec les deux articulations coxo-fémorales intactes ; on ne peut examiner les têtes du fémur, celles-ci étant encore dans la cavité cotyloïde ; à droite la capsule fibreuse, à son insertion, est remplacée par plusieurs couches de tissu osseux de nouvelle formation, venant renforcer le bourrelet cotyloïdien. A la place que devaient occuper les psoas et iliaque réunis, il y a une épaisse production osseuse, n'ayant pas moins de 17 à 18 cent. de long, occupant toute la longueur du muscle, de la fosse iliaque à l'insertion trochantérienne.

M. Barth, en 1855, présenta à la Société anatomique une articulation coxo-fémorale, où on voit une production osseuse, occupant toute l'aponévrose supérieure et le tendon du muscle droit antérieur de la cuisse. La pièce est au musée Dupuytren, sous le n° 561 B.

Il est des cas, avons-nous dit, où se rencontre de l'hydarthrose ; au point de vue de l'anatomie pathologique ce phénomène n'ajoute rien de nouveau ; et outre les altérations que nous avons décrites, arrivées à un degré variable, on y retrouve le liquide de l'hydarthrose.

Jamais on n'a trouvé de pus dans l'articulation, quelquefois on en rencontre autour, mais tout à fait en dehors d'elle, et n'ayant d'autres rapports avec celle-ci que ceux de voisinage ; ainsi nous connaissons deux cas d'arthrite sèche de l'épaule, qui furent traités à l'hôpital des Cliniques par M. Nélaton, en 1858 ; chez l'un, jeune homme de 21 ans, ayant une arthrite sèche de l'épaule gauche, il y eut une collection purulente sous l'épine du scapulum. Dans le second cas, une femme de 35 ans, ayant également une arthrite sèche de l'épaule, il y eut une collection séro-purulente sous le deltoïde.

L'histoire des lésions de l'arthrite sèche primitive, telle que nous venons de la faire, nous paraît répondre à toutes les lésions que l'on peut observer dans l'étude anatomique de l'affection. Les étudiant séparément ainsi que nous venons de le faire, ce semble peut-être vouloir indiquer que nous croyons qu'il y a une gradation bien nette dans l'altération successive de chacun des éléments anatomiques de la région. Il n'en est rien cependant ; nous le répétons encore une fois, la division, pour nous, n'a été qu'un moyen de suivre plus nettement chaque lésion.

Toutes ces altérations marchent simultanément ou à peu près ; en même temps que la synoviale devient malade, les cartilages diarthrodiaux s'usent et s'altèrent ; mais par le fait, les surfaces osseuses s'éburnent et l'épiphyse se raréfie ; raréfaction qui s'accompagne de productions osseuses. De même qu'avec l'altération de la synoviale, marchait celle de la capsule fibreuse, donnant avec les autres éléments fibreux des stalactites osseuses.

De tout ce que nous venons de dire, il nous semble facile d'éviter toute confusion avec les altérations de la tumeur blanche, l'ostéite, la coxalgie, la goutte ou le rhumatisme chronique.

B. *Arthrite sèche consécutive.*

L'arthrite sèche s'observe surtout après la fracture et la luxation.

a. *Arthrite sèche consécutive à la fracture.*

En disant que l'arthrite sèche est consécutive à la fracture, nous ne voulons pas trancher la question, nous voulons dire que nous ne l'avons jusqu'ici observée que dans cette circonstance.

Plusieurs fois des fractures ont été observées concurremment avec l'arthrite sèche. M. Deville, en 1850, montrait les deux articulations coxo-fémorales d'un homme d'environ 50 ans ; outre les altérations pathologiques déjà indiquées et appartenant à l'arthrite sèche, il y avait à droite une fracture du col et diminution extrême des épiphyses.

L'année suivante le même chirurgien disait : « qu'il croyait que la fracture était causée par l'arthrite sèche, à cause de la raréfaction osseuse accompagnant ses premières périodes. »

M. Verneuil, peu de temps après, présentait « une ancienne lésion traumatique du coude, avec fracture du condyle huméral ; arthrite sèche en même temps avec ses lésions pathologiques, surtout des corps étrangers articulaires ; le coude était dans la pronation permanente, et la supination était très-bornée. »

M. Broca à cette occasion pensa que la fracture était antérieure à l'arthrite.

La fracture est-elle, oui ou non, antérieure à l'arthrite sèche ? Nous pourrions répondre que l'un et l'autre peuvent arriver. Jugeant de plus près, nous dirons : qu'au point de vue théorique, il paraît très-possible que la fracture se fasse après la production de l'arthrite sèche ; en effet, comme le disait M. Deville, comme nous l'avons montré, la raréfaction du tissu osseux est un des phénomènes les plus certains dus aux lésions de l'arthrite sèche ; de plus il y a en même temps déformation des extrémités articulaires des os, détruisant leurs rapports normaux, et rendant nulles les conditions dans lesquelles elles avaient été faites pour être en équilibre, malgré les efforts et les frottements qu'elles avaient à supporter ; ainsi, par

exemple, le col du fémur tendant à devenir horizontal, il est évident que sa fracture en devient plus facile. Toutes ces conditions réunies peuvent faire admettre, théoriquement du moins, la possibilité de la fracture due à l'arthrite; mais, nous l'avons vu, en même temps que l'épiphyse osseuse se raréfie, devient plus fragile, change même de forme, en même temps se forme autour une couche de renforcement, des productions osseuses nouvelles, parfois très-épaisses, et suppléant au défaut de résistance du centre: aussi pourrait-on dire qu'à une raréfaction osseuse centrale correspond une production osseuse périphérique.

L'exemple que nous avons choisi peut encore nous servir, et en même temps que se raréfie le col du fémur, en même temps que sa direction tend à devenir horizontale, en même temps il tend à disparaître sous une couche de tissu osseux nouveau, lui formant parfois un bourrelet très-épais et très-résistant.

La pratique ne vient pas à l'appui de la théorie ; et, soit dans les *Bulletins de la Société anatomique,* soit dans les musées, on ne peut voir de fracture évidemment postérieure à l'arthrite, et ce qui semble le prouver, c'est qu'ordinairement la fracture ne siége pas à l'endroit où existe la plus grande raréfaction de l'os, l'exemple que nous allons citer en est une bonne observation, et les lésions appartenant à l'arthrite sèche ne sont nullement en rapport avec cette idée qu'elles pourraient être la cause de la fracture, n'étant encore que peu avancées et sans aucun doute postérieures à la fracture.

Nous croyons donc que théoriquement la fracture peut être la conséquence des lésions de l'arthrite sèche, mais que pratiquement il n'en est pas ainsi.

En même temps que nous allons voir justifiée cette opinion dans l'observation suivante, nous y observerons presque toutes les lésions déjà signalées.

OBSERVATION Ire

(Communiquee par M. Anger, interne de M. Velpeau.)

Le sujet de l'observation était un homme de 38 ans, n'ayant aucun antécédent digne de remarque, seulement atteint, depuis plusieurs mois, d'une paraplégie incomplète, qui ne l'empêche pas de marcher d'une manière suffisante pour vaquer à ses occupations.

Tombé de sa hauteur sur la hanche droite, en novembre 1861, il fut transporté à l'hôpital Lariboisière, dans les salles de M. Voillemier, où fut diagnostiquée une fracture intra-capsulaire du col du fémur, entraînant avec elle tous les signes et déplacements qui l'accompagnent ; le traitement fut institué; mais, obligé de quitter les salles de l'hôpital avant sa guérison, il entra à la Charité dans les salles de M. Velpeau, et le traitement de la fracture fut continué. Le membre est dans une rotation en dehors assez prononcée, le grand trochanter est saillant, et on sent au milieu de l'aine une tumeur osseuse assez étendue, au niveau du psoas. Le raccourcissement est considérable. Mais, dans le courant de janvier, il fut pris de graves accidents cérébraux, auxquels il succomba rapidement.

On trouva à l'autopsie une méningite suppurée des deux lobes antérieurs du cerveau, et un ramollissement occupant toute l'étendue de la moelle; en outre, une fracture de la tête du fémur, du grand trochanter, et une arthrite sèche.

En ouvrant l'articulation, il est facile de voir que la synoviale est détruite, et qu'il n'y a pas une goutte de liquide dans l'articulation; le ligament rond est aussi presque entièrement détruit, et n'existe plus qu'à son insertion cotyloïdienne, où d'ailleurs il n'est le siége d'aucune altération.

La tête du fémur est fracturée, ainsi qu'on le voit souvent chez les vieillards; c'est-à-dire qu'il y a abrasion complète de toute la portion cartilagineuse, qui se trouve ainsi séparée du reste du corps de l'os; elle est logée dans la cavité cotyloïde; son tissu est altéré, et sa portion libre ou articulaire est en partie privée de son cartilage, en d'autres points, présentant l'altération velvétique ; en un autre assez limité, ayant une surface éburnée, et présentant une surface d'ivoire.

Le grand trochanter est singulièrement hypertrophié, et fracturé au niveau de sa continuation avec le corps du fémur.

Nous avons pratiqué plusieurs coupes pour nous permettre un examen complet : l'une traversant la cavité cotyloïde, et se prolongeant jusqu'à la crête iliaque; l'autre divisant le fémur, suivant sa longueur.

Toutes les parties voisines de la cavité cotyloïde sont saines, l'os iliaque n'est

aucunement altéré; la lésion ne porte que sur la cavité; son cartilage a complétement disparu, sauf dans le point le plus déclive où portait une partie de la tête fracturée, et non encore privée de son cartilage; dans la plus grande partie de la surface qui en est privée, certains points sont érodés, d'autres durs et éburnés; sur quelques autres enfin, des productions stalagmiformes n'ayant encore que la consistance de la cire. Le bourrelet cotyloïdien est augmenté, dans tout son pourtour, sauf au niveau de l'échancrure iscbio-pubienne, d'une couche osseuse de nouvelle formation, peu épaisse, et tranchant par sa teinte blanc jaunâtre avec le reste de la cavité. Dans la même étendue, cette couche osseuse est renforcée par une production également osseuse, formant un bourrelet, au moins de l'épaisseur du doigt médius de la main, et très-manifestement compris dans l'épaisseur, ou plutôt remplaçant l'insertion de la capsule fibreuse sur le rebord cotyloïdien; c'est sur cette production, et sur la partie la plus rapprochée de l'épine iliaque antéro-inférieure, que repose la nouvelle tête fémorale dont nous allons parler.

Cette nouvelle tête présente une surface légèrement arrondie, ne correspondant nullement à cette portion fracturée de la tête qui en a été détachée; elle semble usée, surtout à sa partie inférieure, où elle fait suite directement avec le reste du corps de l'os. Le bord supérieur du col est presque horizontal, sa surface dénudée et privée de périoste, et est le siége de petites productions osseuses assez distinctes l'une de l'autre, les unes pédiculées, les autres sessiles.

A la coupe du fémur, on remarque une raréfaction osseuse, d'ailleurs peu prononcée, mais assez exactement limitée à un plan qui, passant par l'insertion inférieure de la capsule fibreuse, couperait le fémur à ce niveau. Au delà, tissu compacte, tissu spongieux, canal médullaire, tout est parfaitement sain.

Enfin des productions très-nombreuses, les unes ayant un aspect fibro-cartilagineux, les autres réellement osseuses, la plupart sessiles, quelques-unes cependant commençant à se pédiculiser, occupent tous les points de la capsule fibreuse, et tous les éléments fibreux qui entourent l'articulation.

Les muscles psoas et iliaque réunis sont adhérents à une production osseuse, ayant plusieurs centimètres d'épaisseur, et comprise entre le muscle et sa gaîne, adhérant très-intimement à l'un et à l'autre; commençant d'une part au niveau de la crête iliaque, et de l'autre accompagnant les muscles jusqu'à leur insertion au niveau du petit trochanter.

Nous trouvons réunies dans cette observation la plupart des lésions signalées plus haut; nous trouvons d'abord une preuve de la

destruction de la synoviale, la sécheresse de l'articulation, la lésion des cartilages diarthrodiaux, celle des parties fibreuses, mais surtout la justification de notre proposition : la limite de la raréfaction osseuse d'une part à l'épiphyse du fémur, d'autre part à la cavité cotyloïde.

Quant à la fracture, elle nous paraît avoir presque certainement précédé l'arthrite sèche : en effet, d'une part, son siége est loin d'être celui où la raréfaction osseuse s'est faite, puisqu'elle consiste en une abrasion de la portion cartilagineuse et que la raréfaction siége sur le col ; de l'autre, les lésions de l'arthrite sèche sont assez peu avancées pour faire croire que son existence est de date toute récente, assez pour ne pas pouvoir être cause d'une fracture.

b. *Arthrite sèche consécutive à une luxation.*

Nous devons là encore nous poser la même question que pour le cas précédent, et nous demander si la luxation est primitive ou consécutive à l'arthrite sèche : l'une et l'autre existent, et nous croyons que si parfois la luxation arrive dans le cours de l'arthrite sèche, parfois aussi elle lui est consécutive.

En 1854, M. Broca disait à la Société anatomique « qu'il y avait en général un peu d'arthrite sèche dans les luxations non réduites. »

Suivant M. Verneuil, dans les luxations anciennes non réduites, il se développe quelque chose d'analogue.

M. Houel, basant son opinion sur quatorze ou quinze pièces de luxations anciennes de l'épaule qui sont au musée, ne pense pas de même ; il en aurait à peine vu deux ou trois cas avec les altérations de l'arthrite sèche.

S'il est probable, sinon certain, qu'il n'y a pas de fracture consécutive à l'arthrite sèche, et que c'est le contraire qui a lieu, il n'en est pas de même pour la luxation, et il est facile de s'en rendre compte. En effet, la déformation des surfaces articulaires est une

des phases de la maladie ; et prenant un exemple, si quelquefois la cavité cotyloïde est renforcée d'un bourrelet supplémentaire, d'autres fois le contraire a lieu, c'est-à-dire que la cavité cotyloïde est affaissée, détruite, et que la tête du fémur va se loger dans un endroit plus ou moins éloigné. Nous croyons inutile de revenir sur les exemples que nous avons déjà cités soit pour la hanche, le genou ou le coude.

D'autres fois, sans même que cette déformation existe du côté de la cavité de réception, la luxation peut se produire ; l'observation que nous avons citée tout à l'heure en est un exemple ; on y voit qu'outre la fracture intéressant toute la portion cartilagineuse de la tête fémorale, la nouvelle tête était allée se loger au-dessus de la cavité cotyloïde, sur ce nouveau bourrelet osseux, remplaçant l'insertion de la capsule fibreuse.

Il est enfin des cas où, constatant la présence soit d'une fracture, soit d'une luxation, sur le cadavre, en même temps qu'une arthrite sèche, il est impossible de se prononcer sur la priorité de l'une ou de l'autre : en effet, cet état n'a pu être constaté que sur le cadavre, du vivant du malade le diagnostic ayant été impossible.

Nous terminerons en disant que la présence de lésions étrangères à l'arthrite sèche ne semble pas en modifier sensiblement les caractères anatomiques.

SYMPTÔMES.

Nous l'avons déjà dit au commencement de notre travail : dans les auteurs, nous n'avons rien trouvé qui pût nous satisfaire au point de vue de la symptomatologie de l'arthrite sèche ; aussi, pour ne pas être accusé de faire des hypothèses, nous décrirons les symptômes en suivant les observations que nous donnerons et d'après les conseils de nos maîtres.

Qu'elle soit primitive, qu'elle soit consécutive, elle se manifeste

par des signes semblables; aussi ne ferons-nous pas de distinction.

Un des premiers caractères de l'arthrite sèche est d'être apyrétique, jamais elle ne cause de fièvre, et si parfois on en rencontre, il faut l'attribuer à une affection toute différente qui peut survenir malgré l'existence de la première affection.

En même temps que la fièvre n'accompagne pas l'arthrite sèche, aucun état général n'y correspond, et ce qui frappe, c'est que quel que soit le nombre des articulations malades, quelle que soit la date du début, quelle que soit enfin l'étendue des désordres, on ne peut voir aucun trouble dans l'état général, aucun signe soit de cachexie, soit d'anémie.

Il est difficile de reconnaître les signes du début de l'affection : outre cette difficulté, il n'y en a pas une moins grande à assigner le moment où il commence, le moment où il finit. Cette période revêt un des caractères de la maladie, par sa marche extrêmement lente et son début insidieux, si bien que les malades, ne se préoccupant pas de douleurs vagues, rares et peu sensibles, qui, nous le croyons, sont des signes de la période la plus voisine du début, ne donnent pas à leur maladie sa date réelle, ne lui fixant que celle à laquelle ils ont commencé à souffrir, ou plutôt à ressentir des douleurs plus répétées, quelquefois gênantes. Dans nos observations, le seul signe que nous croyons devoir appartenir à cette période est la douleur vague et passagère, avec très-peu de gêne dans les mouvements, disparaissant aussitôt que les premiers mouvements sont faits.

La *douleur*, dans l'arthrite sèche, doit être bien caractérisée, car elle sera un précieux auxiliaire pour faire le diagnostic.

Elle est provoquée ou spontanée. La douleur provoquée est nulle; on peut impunément examiner l'articulation malade, lui faire subir en tous points une pression plus ou moins violente, sans que pour cela il existe de la douleur; une fois, nous avons observé un léger engourdissement restant après l'examen, engourdissement qui dis-

paraissait rapidement et nullement douloureux pour le malade. Il n'y a donc pas de douleur à la pression.

Nous ne voulons pas dire pour cela que l'articulation malade soit insensible aux violences extérieures, aux coups, aux chutes, etc.; en cela, elle est dans les mêmes conditions que toutes les autres jointures.

La douleur spontanée est un des premiers signes, c'est en effet le seul que les malades accusent dans le commencement; cette douleur cependant est rarement assez forte pour que les malades s'en plaignent hautement, comme dans le rhumatisme articulaire aigu; jamais elle ne cause de fièvre ni d'impossibilité des mouvements.

C'est une douleur rhumatoïde, vague, irrégulière, limitée, qui n'a pas de paroxysme ni de périodicité; comme cette douleur, elle n'est pas continue et se manifeste sous l'influence des mêmes causes, c'est-à-dire dans les changements de température, surtout au passage d'un temps sec à un temps froid et humide, ou simplement humide.

Cette douleur, d'ailleurs, n'est pas permanente pendant toute la durée de la cause qui l'a produite, et bien des malades, la ressentant le matin, s'en trouvent délivrés après avoir un peu marché ou donné quelques mouvements à l'articulation douloureuse, fait qui donne un contact de plus avec la douleur rhumatoïde.

Bien rarement, devenue plus vague encore en s'irradiant, elle se prolonge sur le trajet d'un muscle, par exemple ceux de la jambe ou de la cuisse; nous ne l'avons jamais observée suivant le trajet d'un nerf, comme dans la coxalgie, ni se produisant à un point éloigné, comme le point du genou dans cette dernière affection. Il est des cas cependant où, si le fait n'existe pas, il est une forme de douleur pouvant y faire croire. M. Gosselin (*Bulletins de la Société de chirurgie*, t. X, p. 204; 1859), en parlant du *morbus coxæ senilis*, dit : « Certains malades, qui ont des arthrites sèches, éprouvent quelquefois des accidents qui en imposent pour une sciatique chronique, et de pareilles erreurs sont souvent commises dans la

pratique. » A la hanche, ce fait pourrait s'observer; cependant la douleur ne s'irradirait pas le long du nerf, et serait limitée à la hanche.

Si cette douleur vague dont nous avons parlé semble gêner quelque peu les mouvements, le malade s'aperçoit bientôt qu'il n'en est pas ainsi, car il se meut avec facilité, ordinairement sans douleur.

La marche en est extrêmement lente, et des années après le début de la maladie, le plus souvent elle n'a pas de caractère plus tranché; quant à sa fréquence, elle varie avec la susceptibilité individuelle. Par sa constance, c'est un des premiers signes que l'on remarque; dans nos observations nous la voyons dans tous les cas.

Quelquefois la douleur prend une plus grande intensité, et, tout en conservant le caractère de la douleur rhumatoïde, est assez forte pour que les malades s'en plaignent, et pour gêner certains mouvements; en pareil cas les mouvements sont bien douloureux en commençant, mais si la douleur ne disparaît pas, elle diminue ordinairement, en même temps que le malade cherche à se mouvoir; néanmoins elle conserve son caractère, et n'a ni périodicité ni paroxysmes.

Après une longue marche, la douleur se fait quelquefois ressentir; le plus souvent alors, c'est pour le malade une fatigue plutôt qu'une douleur, qui disparaît par un peu de repos. Pour d'autres, certains mouvements seront légèrement douloureux; ainsi la marche sur un plan incliné.

Quelle peut être la cause de ces douleurs? Si, dans les cas où la date de l'affection est déjà fort ancienne, on peut l'attribuer aux énormes délabrements des articulations, ayant détruit tous les rapports normaux, et en même temps qu'ils mettent en contact de nouvelles surfaces articulaires, provoquent des frottements entre les nombreux corps étrangers nés dans l'articulation; à une période moins avancée, pareille cause est peu probable, et, comme le dit M. Houel, dans une de ses observations, nous serions tenté d'en

attribuer la cause aux éléments fibreux de l'articulation, d'autant plus que ce serait un point de plus de ressemblance avec la douleur rhumatoïde.

En même temps que cette douleur, ou peu après, apparaît un nouveau signe, la déformation.

La *déformation* est apparente et réelle. Apparente, comme nous allons le dire, la maladie ayant déjà causé des désordres dans l'articulation et n'étant que rarement de date récente. Réelle, c'est-à-dire n'étant sensible qu'à l'aide d'un examen attentif. Si la première forme n'existe pas sans la seconde, il n'en serait pas de même de cette dernière, qui existe presque toujours, et cela même à une époque voisine du début, ainsi que le démontrent la plupart de nos observations : elle consiste en une légère augmentation de volume de l'épiphyse osseuse, n'entraînant après elle aucune difformité de l'articulation, insensible à la vue, par conséquent, mais sensible en touchant attentivement la région: déjà sans doute commence le travail en vertu duquel elle va devenir sensible, grâce aux bourrelets osseux et aux productions osseuses des éléments fibreux.

La déformation apparente est assez réelle pour que certains auteurs, Niemeyer entre autres, en aient voulu profiter pour appeler l'arthrite sèche, *arthrite déformante*. Ce nom, au premier abord, nous a séduit ; mais, en y réfléchissant un peu, on voit que le conserver serait causer une certaine confusion ; pourquoi, en effet, ne pas le donner au rhumatisme articulaire chronique, à certaines formes d'arthrite chronique, aux affections articulaires, en un mot, qui déforment l'articulation soit d'une manière passagère, soit d'une façon permanente?

Cette déformation, comme la douleur, marche avec une extrême lenteur, met un temps ordinairement fort long, avant d'arriver au point où on la voit dans certains cas anciens. Si elle est longue à atteindre son maximum, il n'en est pas de même de l'époque de son apparition ; chez plusieurs de nos malades, n'ayant que peu d'an-

nées de maladie, déjà elle était visible, le plus souvent nous pensons qu'il en est ainsi.

Étant due et aux bourrelets osseux qui se forment à l'extrémité osseuse, et aux productions qui se font dans les éléments fibreux de l'articulation, elle en suivra les progrès, et en suivra les limites, c'est-à-dire ne dépassera pas les insertions ligamenteuses. Un fait particulier est que rarement elle portera sur toute l'articulation; le plus souvent, et nous l'avons toujours observé, un des côtés est plus déformé que l'autre, ainsi au genou, de préférence, ce sera le côté interne, à peine si du côté externe on s'apercevra d'un changement de forme.

Pourquoi ce fait? Nous croyons volontiers que ce n'est qu'un fait mécanique, c'est-à-dire, pour l'exemple que nous avons choisi, parce que du côté interne, le tibia est presque sous-cutané, n'étant en rien gêné par le voisinage d'un autre os, et que la pression du fémur semble être plus grande sur le condyle interne que l'externe.

Cette altération revêt des formes variables: d'abord ce n'est qu'un gonflement irrégulièrement arrondi, auquel succèdent bientôt des saillies qui vont se montrer plus ou moins sensibles, faisant parfois une saillie assez forte et aiguë, pour que, dans ces cas, la peau qui la recouvre semble amincie, et comme sur le point de se rompre. Non-seulement l'irrégularité de la forme tient aux saillies de l'épiphyse osseuse, elle tient encore à celles que forment les productions dues aux éléments fibreux, faisant, suivant leur volume et leur nombre, des saillies et bosselures souvent séparées par des enfoncements.

Il est difficile de se faire une idée de l'étendue de la déformation dans certains cas; nous en avons déjà donné plusieurs exemples, ainsi l'observation donnée par M. Cruveilhier, et que nous avons rapportée, en parlant des déformations, au chapitre de l'anatomie pathologique. Nous en donnerons encore un exemple assez sensible dans notre observation 8.

La déformation, d'ailleurs, est assez particulière pour empêcher de la confondre avec celle qui serait due à une tumeur blanche, une hydarthrose, ou toute autre lésion articulaire; seul le rhumatisme articulaire chronique primitif pourrait offrir certaine difficulté à être différencié. Dans l'un et l'autre cas, en effet, il y a des productions qui déforment l'articulation ; mais, tandis que dans le rhumatisme ces productions circonférencielles ne sont pas constantes, qu'elles n'ont pas les mêmes limites, que de plus et surtout elles sont suivies de l'ankylose; dans l'arthrite sèche, elles sont constantes, et sont, nous le croyons, bien limitées.

Notre intention n'est pas de suivre chacune de ces déformations, il faudrait en suivre toutes les variations et tous les progrès, il nous sera suffisant de donner ce que nous avons dit.

Ce symptôme est permanent, c'est-à-dire qu'une fois commencée, la déformation a la plus grande tendance à suivre son travail destructeur; quelquefois, nous le croyons, elle peut être arrêtée dans ses progrès, mais sans doute ce ne sera qu'un état stationnaire, qui ne doit pas toujours durer; de plus, le travail qui s'est déjà fait, s'il reste sans avancer, n'aura aucune tendance à se corriger; c'est qu'en effet l'altération qui l'a produite n'a aucune tendance à la résolution, bien plus, elle ne doit pas se terminer ainsi. Tandis que la douleur paraît ou disparaît, la déformation paraît pour ne plus jamais disparaître. Il est facile d'en conclure combien ce fait peut servir au diagnostic des épanchements articulaires.

Pour être permanente et non susceptible de changer de volume, nous ne voulons pas dire qu'elle ne puisse changer de forme; en effet, dans les mouvements, celle-ci peut se modifier tantôt d'une façon, tantôt d'une autre, suivant le mouvement donné à l'articulation et l'attitude du membre; ce changement d'ailleurs ne se fera qu'aux dépens de la partie fibreuse altérée, la portion osseuse, on le conçoit facilement, ne faisant que changer la position de sa déformamation par le mouvement, mais ne pouvant en changer la forme

en même temps que la position, comme il arrive pour les corps étrangers des parties fibreuses.

Les auteurs citent des exemples à l'appui de ce fait. M. Foucher (*Bulletins de la Société anatomique*, 1854, p. 14), parlant d'un coude où les altérations ont atteint un très-grand développement, dit : «Dans la flexion, sous la capsule articulaire, on sent des corps mobiles; dans l'extension, ils sont immobiles.»

Dans plusieurs des cas que nous avons cités, il est un élément de déformation, la production de substance osseuse dans les muscles; ainsi le droit antérieur de la cuisse, le psoas et iliaque.

Ordinairement on n'observe pas d'atrophie musculaire; cependant on en a cité quelques cas, ainsi l'atrophie du deltoïde, dans l'arthrite sèche de l'épaule; c'est un élément de plus ajouté aux causes de la déformation, qu'il nous suffira d'avoir indiqué.

Il est enfin des cas où nous pouvons dire qu'il y a déformation complexe, c'est celui où il y a fracture et luxation, ou seulement l'une ou l'autre. Nous avons déjà donné plusieurs exemples de ces cas; nous avons dit aussi que le diagnostic était si difficile que de bons chirurgiens s'y sont laissés tromper; nous y reviendrons au chapitre du diagnostic. Dans les cas où on a pu le faire, tantôt ce sont les signes de la fracture, tantôt ceux de la luxation qui viennent s'ajouter à ceux de l'arthrite sèche. Il ne nous appartient pas de les décrire dans ce travail.

L'hydarthrose enfin est un signe de plus ou plutôt une nouvelle déformation; devant y revenir plus loin, nous ne faisons que la signaler en cet endroit.

Malgré le premier signe, la douleur, et le second, la déformation, les mouvements sont conservés, et c'est ce troisième signe que nous allons étudier.

Les mouvements et partant les fonctions des articulations sont conservées, disons-nous. Nous considérons ce signe comme un des plus importants; il n'est pas, que nous sachions, aucune autre maladie articulaire que l'arthrite sèche, pouvant donner un semblable

résultat, en même temps que les autres signes déjà connus ou ceux qu'il nous reste à décrire.

Presque tous les malades se plaignent de roideur et d'engourdissement, le matin surtout en sortant du lit ; mais ils ne se plaignent pas d'avoir les mouvements impossibles, et dans nos observations, tous ont les mouvements possibles ; trop prolongés, ils causent une légère douleur ressemblant plutôt à de la fatigue ; en général leur étendue reste la même qu'à l'état normal, plus rarement ils se trouvent limités ; dans notre observation 14, nous voyons que le malade étant debout, l'extension complète est très-difficile. Un fait bien digne de remarque, c'est que malgré la déformation, malgré certaines douleurs, la plupart de nos malades peuvent encore se livrer à de longues courses et à leurs travaux ordinaires ; presque tous ceux dont nous rapportons l'observation nous en donnent une preuve évidente.

Il est cependant des cas où les mouvements ne sont plus si faciles ; ces cas, nous le croyons, correspondent à ces grandes destructions qui représentent la dernière phase de la maladie ; nous en citons des exemples, mais nous remarquons que, malgré cela, les mouvements ne sont pas impossibles ; et si la gêne et les difficultés de se mouvoir sont si réelles, cela tient à la destruction des surfaces articulaires rendant impossible l'équilibre, possible lorsque les surfaces existaient complètes ; le poids du corps ne peut plus être supporté par des colonnes de support devenues à la fois trop faibles et trop déformées pour le maintenir. C'est donc un fait de destruction qui est la cause de cette difficulté, si bien que donnant des béquilles à la malade qui fait le sujet de notre observation 9, elle peut encore se mouvoir, et toujours, en pareil cas, les mouvements communiqués sont possibles.

Nous ne serions pas éloigné de croire que si la plupart des malades atteints d'arthrite sèche, dès qu'ils s'aperçoivent de leur maladie, continuaient à donner à leurs membres leurs mouvements habituels, à s'en servir comme avant ; s'ils n'évitaient pas cette gêne

dont nous venons de parler, du moins auraient-ils des chances de l'éviter.

C'est assez dire que nous ne croyons pas à l'ankylose consécutive à l'arthrite sèche, du moins à l'ankylose complète, c'est-à-dire qu'il n'y aura qu'une fausse ankylose; ainsi nous avons cité des cas où au coude il y avait des corps étrangers dans le ligament antérieur, ou bien dans les tendons venant s'insérer à l'olécrâne, ce sont des cas où sans doute la présence de ces corps gênait sensiblement les mouvements. Nous croyons de plus que ce sera surtout dans les articulations plus petites et à mouvements moins étendus que se rencontrent ces fausses ankyloses; ainsi on en cite des exemples au coude, mais on n'en cite pas de bien évidents soit au genou soit à la hanche.

M. Broca (*Bulletins de la Société anatomique*, 1847, p. 271) cite un cas dont nous avons parlé au chapitre de l'anatomie pathologique, et où, malgré les corps étrangers, nombreux et volumineux, qui existaient autour du coude, les mouvements sont, en grande partie, conservés; l'extension est seule impossible.

Nous croyons devoir insister tout particulièrement sur ce signe, la conservation des mouvements; car on peut le regarder presque comme un signe pathognomonique : quelquefois possibles sans douleur, ou tout au moins avec une douleur qui disparaît après les premiers mouvements; d'autres fois un peu douloureux, assez pour que le malade croie ne plus devoir faire agir l'articulation, mais jamais impossibles, puisqu'il n'y a pas ankylose.

D'ailleurs l'obstacle aux mouvements, quand il existe, tient aux destructions plus ou moins complètes des épiphyses osseuses, et aux autres altérations de l'articulation, mais non à une soudure osseuse, comme nous le voyons dans le javart du cheval, pouvant ainsi amener la soudure, l'ankylose par conséquent. Tout à l'heure nous verrons combien l'existence de ce signe facilitera certains points de diagnostic.

Ce trouble dans les mouvements marche avec la même lenteur

que les autres signes, et ce n'est que tout à fait à un degré avancé qu'on y remarque parfois une grave modification; ils restent pendant fort longtemps non-seulement possibles, mais encore peu douloureux.

C'est dans ces mouvements, qu'ils soient naturels ou artificiels, c'est-à-dire provoqués par la main du médecin qui examine l'articulation, que l'on entend ces *bruits* particuliers à la singulière affection que nous étudions.

Le *caractère de ce bruit* est très-variable, et passant par degrés insensibles de la plus grande douceur à la plus grande force.

M. Bouillaud, au tome I[er] de sa *Nosographie*, p. 470, dit : « En imprimant des mouvements à l'articulation, on sent quelquefois un frémissement vibratoire, un bruit de raclement ou de craquement plus ou moins fort; au toucher, on sent un frottement qui produit les bruits. *Ils sont analogues aux bruits anormaux et au frémissement vibratoire de la pleurésie, de la péricardite.* »

M. Nélaton compare ce premier bruit à celui que feraient, en frottant l'un sur l'autre, deux morceaux de velours d'Utrech fortement tendus par les deux côtés opposés.

Il semble parfois que le bruit est encore plus doux, et pourrait être comparé au bruit que produit une boule de neige pressée entre les mains, ou de l'amidon.

Prenant un caractère plus tranché, il devient plus rude et râpeux; ce n'est plus un simple frottement que l'on entend, c'est une véritable crépitation, un vrai craquement.

Enfin, degrés par degrés, il arrive à produire un bruit énorme, que l'on peut parfaitement comparer au bruit que produit un sac de noix que l'on agite.

Le premier, le malade en a la sensation, perçoit ce bruit; son attention une fois éveillée, il le remarque, en même temps que la douleur rhumatoïde qu'il ressent dans la même articulation, ce n'est alors seulement qu'il se décide ordinairement à consulter. Il est facile non-seulement de percevoir ce bruit en appliquant la main sur

l'articulation, mais souvent on l'entend à distance, si bien que de loin on peut avoir parfaitement l'idée de ce que l'on va percevoir par l'examen plus attentif de la région.

Alors qu'il n'y a qu'un simple frottement, il est probable que ce n'est encore qu'un bruit se passant dans la synoviale détruite en partie et dans les cartilages présentant l'altération velvétique, il n'y aurait pas encore de frottements osseux ; mais, lorsque le bruit devient râpeux et produit de la crépitation ou du craquement, on peut dire qu'il est dû et au frottement des surfaces articulaires privées de leur cartilage et aux éléments fibreux déjà altérés et le siége de productions nouvelles. Mais alors que la maladie a acquis un grand développement, tous les éléments nouveaux y prennent part, et le bruit est énorme. Malgré cette analyse probable du bruit, nous sommes tenté de croire que cliniquement il n'en est pas toujours ainsi, et que dès le début tous les éléments altérés y participent plus ou moins directement.

Un autre caractère du bruit est sa constance et son étendue ; il dure tout le temps de la maladie, ne disparaît que par exception dans les cas d'hydarthrose ou d'arthrite aiguë. Dès qu'il a commencé à se faire entendre, il n'a plus de tendance à disparaître, et si quelquefois il n'augmente pas, c'est qu'à l'aide d'un traitement convenable on a été assez heureux pour arrêter les progrès de la maladie. Il se passe dans toute l'articulation, et on le perçoit dans toute la main qui couvre la région. Il est continu, c'est-à-dire que non-seulement il dure autant que la maladie, mais qu'il n'a pas d'intermittence ni de rémission ; un de nos malades cependant croit avoir remarqué une diminution légère dans son intensité ; mais il ajoute qu'il a pris plus d'étendue ; ce serait, nous le croyons, la véritable cause d'une sensation que nous estimons être erronée. Enfin s'il se passe dans toute l'articulation, il se produit dans tous les mouvements.

Il nous suffira de nous rappeler ces caractères pour éviter de le confondre avec la crépitation tendineuse ou aï de M. Velpeau ; cré-

pitation qui se passe dans les tendons, le plus souvent dans le trajet des tendons radiaux externes du long abducteur et du court extenseur du pouce, et qui ne dure que dix ou quinze jours; ou bien encore avec la crépitation que l'on entend à la suite d'une position horizontale longtemps conservée, d'une extension permanente, ou de douleurs rhumatismales; dans ces cas, d'ailleurs, il y a plutôt craquement que frottement; limité, non continu, soumis à des alternatives d'augmentation et de diminution et finissant par disparaître plus ou moins rapidement.

Plusieurs fois déjà, nous avons dit comment nous avions été conduit à supposer que la lésion pouvait être limitée; nous n'avons que fort peu de chose, par conséquent, à dire sur les signes fournis par les lésions des parties voisines; on a indiqué l'atrophie du deltoïde, à la suite d'une arthrite sèche de l'épaule; pour nous, une seule de nos observations fait mention d'atrophie musculaire; certains muscles sont le siége de productions osseuses, nous en avons cité plusieurs cas; enfin dans deux observations, prises dans le service de M. Nélaton, et dont nous avons déjà parlé, il y aurait eu chaque fois un abcès indépendant de l'articulation et situé dans les parties voisines.

La peau qui recouvre l'articulation malade n'est jamais altérée, jamais non plus elle ne prend part aux lésions des parties qu'elle recouvre, aussi garde-t-elle son apparence et sa couleur normales, et n'est-elle jamais adhérente. Parfois seulement elle est tendue, et semble comme sur le point de céder à la tension, produite par le développement de l'os sous-jacent.

Il n'y a pas non plus de développement vasculaire anormal, ni engorgement ganglionnaire.

Non-seulement la plupart de ces signes sont visibles à l'œil nu, mais la palpation en détermine le siége.

Et d'abord, nous l'avons déjà dit, la palpation n'est pas douloureuse. C'est à son aide, que l'on sent de bonne heure cette déformation que nous avons dite réelle, l'augmentation de l'épiphyse pou-

vant d'ailleurs être fort peu considérable. Bientôt après on peut sentir les énormes bourrelets osseux qui les entourent, ainsi que cette multitude de corps étrangers occupant l'élément fibreux, les uns volumineux, les autres petits; les uns aigus, les autres arrondis; les uns enfin paraissant pédiculés ou adhérents et les autres libres. C'est également à l'aide de la main, que l'on a une parfaite sensation du bruit qui se passe dans l'articulation, de la multitude de corps étrangers qui semblent rouler sous le doigt.

Tous ces signes que nous venons de donner doivent non-seulement s'appliquer aux cas où l'arthite sèche n'occupe qu'une seule articulation, mais également à ceux où elle en occupe plusieurs.

Bien rarement d'ailleurs, la maladie n'occupe qu'une seule articulation, le plus souvent elle en atteint plusieurs à la fois, et ce sera la loi de symétrie qu'elle suivra de préférence.

La suppuration ne complique jamais l'arthrite sèche; c'est tout au plus si on connaît quelques exemples d'abcès de voisinage, n'ayant aucune communication avec l'articulation malade.

On ne doit pas non plus accepter l'ankylose complète ou soudure de l'articulation.

Deux complications ont été observées, l'hydarthrose et l'arthrite aiguë.

Nous ne croyons pas devoir décrire l'hydarthrose comme un signe de l'arthrite sèche, mais comme un accident rare de cette maladie. Si parfois l'arthrite sèche se révèle à la suite de cet épanchement, nous ne pensons pas que l'un soit la cause de l'autre, il n'y a entre elles qu'un rapport de succession, l'une et l'autre devront être étudiées séparément.

Il est des cas moins rares que ceux dont nous parlerons tout à l'heure, où ayant pu constater les premiers signes de l'arthrite sèche, ils disparaissent pour faire place à ceux de l'épanchement, dont l'existence ne laisse plus de doutes; disparaissant à leur tour, ceux-ci laissent après eux ceux de la première affection, masqués un in-

stant par l'hydarthrose. Cette forme se rencontrerait principalement dans les premiers temps de l'arthrite sèche.

L'hydarthrose, en pareil cas, n'emprunte aucun caractère particulier à la maladie qu'elle accompagne. Ce n'est pas même un temps d'arrêt dans le développement de l'arthrite, car, l'épanchement terminé, celle-ci reparaît avec sa physionomie spéciale et son cortége de symptômes.

Dans l'observation que M. Morel-Lavallée a bien voulu nous donner, il y a eu hydarthrose, peut-être même hydarthrose due à un commencement de tumeur blanche; mais on remarquera que l'arthrite sèche n'est arrivée qu'ultérieurement.

Il peut encore survenir, comme complication beaucoup plus rare, un épanchement énorme, arrivant plus souvent lorsque l'affection est à une période plus avancée. Les auteurs en citent quelques exemples. Dans les *Bulletins de la Société anatomique*, 1853, on voit la présentation d'une pièce provenant du service de M. Denonvilliers : c'était un corps étranger de l'articulation du genou, du volume d'un petit haricot; mais, outre ce corps mobile, on pouvait constater un épanchement énorme de synovie colorée en rouge, puis toutes les lésions propres à l'arthrite sèche, c'est-à-dire incrustation dans les tissus fibreux, altération velvétique des cartilages, déformation des extrémités osseuses, semi-luxation du tibia en arrière et en dedans; il était évident que le corps mobile articulaire n'était qu'un accident de la maladie. La jointure était extrêmement lâche.

Ce sont trois cas de ce genre que M. Dolbeau a présentés l'année dernière à la Société de chirurgie.

Dans cette forme, l'épanchement est ordinairement très-considérable, augmentant énormément le volume du genou, pouvant même s'étendre au delà. Il n'a pas la moindre tendance a se résorber; survenu dans le cours de la maladie, il dure aussi longtemps qu'elle, du moins on n'a pas encore d'exemple du contraire; en même temps, se produisent de grands désordres dans la jointure, qui, se trouvant

considérablement augmentée de volume, se disloque, par suite de la distension, souvent suivie de rupture de ses ligaments, pouvant dès lors faire toute espèce de mouvements, et donnant au malade une jambe de polichinelle. Jusqu'ici ces cas ont été rebelles à tout traitement. Mais il est très-important de dire que ni dans l'une ni dans l'autre forme, il n'y a jamais de fièvre; l'état général a toujours été très-bon.

Dans le cours de certaines arthrites sèches, quelquefois il survient tout à coup des accidents aigus, donnant lieu à une arthrite aiguë, accompagnée ordinairement d'épanchement. Cet accident n'est pas extrêmement rare, peut arriver plusieurs fois chez le même individu, et n'a pas de préférence pour une période spéciale de la maladie; elle n'emprunte aucun caractère particulier à l'affection qu'elle complique, seulement paraît avoir une intensité moins grande que lorsqu'elle existe seule; enfin elle se termine ordinairement par résolution. Elle ne modifie nullement, soit d'une façon, soit d'une autre, la principale affection.

Nous terminons ce chapitre en rapportant quelques observations venant confirmer les signes que nous avons donnés; la dernière servira de transition toute naturelle au chapitre du diagnostic.

OBSERVATION II.

Double arthrite sèche du genou.

(Observation prise sur une malade de M. Nélaton.)

Cette observation a été prise sur une personne occupant un certain rang dans la société; elle écoute toutes ses douleurs, aussi nous a-t-elle donné des détails assez précis.

Mme B..... a de 30 à 36 ans, est forte, bien constituée, la face colorée et se congestionnant facilement; de même, nous dit-elle, elle est très-facile à émouvoir. La menstruation se fait régulièrement; elle se porte ordinairement bien, et n'accuse aucune maladie grave antérieure, aucune surtout pouvant se rattacher à l'affection qui nou occupe. Jamais elle n'aurait eu de douleurs rhumatismales;

nous ne partageons pas cette opinion, la malade nous disant avoir eu des douleurs vagues dans les articulations, seulement elle ne leur accorde pas le titre de douleurs rhumatismales.

Ces dernières années, Mme B..... fut atteinte d'un coryza chronique dont elle a été guérie. Elle ressent de temps à autre, à la suite d'émotions morales, des douleurs hystériformes. Le rang qu'elle occupe dans la société et sa position de fortune la mettent à l'abri de toute cause de fatigue ; les articulations n'ont pas été le siége d'une violence extérieure.

Il y a quelques mois, étant à la campagne, après une longue course faite à pied, elle sentit une douleur vague dans le genou gauche ; le repos et quelques frictions la firent disparaître. Revenue à Paris, elle fait à pied une course de quatre heures, et en est très-fatiguée ; en même temps, elle ressent une douleur dans le genou gauche, vive surtout dans un point qu'elle limite exactement, de la grandeur d'une pièce de 20 centimes, et située à la partie supérieure et externe du condyle externe du tibia ; cette douleur devenue plus vague semble s'irradier le long de la crête de cet os, et du droit antérieur de la cuisse, douleur qu'elle compare à la piqûre instantanée de plusieurs aiguilles. Bientôt la douleur disparut à la jambe et à la cuisse, et ne resta qu'au genou ; simultanément elle ressentit quelques douleurs dans le genou droit, mais moins fortes. Malgré cela, aucun trouble dans les fonctions des membres inférieurs ; pas de faiblesse soit dans la marche, soit à genoux, soit en montant ou descendant les escaliers.

Inquiète de cette douleur, Mme B..... alla consulter M. Nélaton, qui diagnostiqua une double arthrite sèche du genou.

M. Nélaton voulut bien nous permettre d'examiner la malade le 11 janvier, et voici le résultat de notre observation.

Un ou deux jours après la consultation, les douleurs n'existent plus, ou tout au moins les points douloureux ; il ne reste plus qu'une douleur vague et mal déterminée, que nous croyons pouvoir dire rhumatoïde. Son état général n'a subi aucune modification. Quant à l'état local, aucun trouble fonctionnel ; elle marche comme toujours elle l'a fait, donne à ses genoux tous les mouvements dont est susceptible l'articulation, sans en ressentir la moindre gêne. Dans les changements de température, le froid humide surtout, elle ressent dans les genoux une douleur rhumatoïde, disparaissant avec la cause qui l'a produite.

Les signes tirés de l'examen des articulations malades sont pour ainsi dire tous négatifs. En effet on peut s'assurer qu'il n'y a pas la moindre déformation du genou, aucune augmentation apparente de l'épiphyse des os, non plus que d'atrophie musculaire ; la malade exécute sous nos yeux tous les mouvements dont est susceptible l'articulation sans en éprouver ni gêne ni douleur ; mais,

dans ces mouvements de flexion et d'extension, si on met à plat la main sur le genou, on sent parfaitement un bruit tout particulier, qui est propre à l'affection qui nous occupe; c'est le bruit de frottement de deux surfaces de gros velours d'Utrecht. On entend et on perçoit le même phénomène dans les deux genoux, plus fort cependant à gauche qu'à droite. Cet examen ne provoque aucune douleur, ni spontanée, ni provoquée par la palpation, et cette absence de douleur a toujours été observée par la malade depuis qu'elle perçoit ce frottement.

Cette observation peut servir pour l'étude de l'arthrite sèche a une période peu avancée; car, tout en n'acceptant pas l'époque donnée par la malade, nous ne croyons pas que la maladie remonte au delà de quelques mois. Au point de vue clinique, la présence de douleurs vagues, l'intégrité des fonctions, l'absence de toute déformation articulaire, et en même temps le bruit de frottement, sont autant de caractères de l'affection dite *arthrite sèche*.

OBSERVATION III.

Double arthrite sèche du genou.

M. H....., âgé de 42 ans, ayant toutes les apparences d'une santé robuste, cheveux noirs, taille moyenne, tempérament nerveux. Aucun antécédent héréditaire pouvant faire supposer une prédisposition native; il ne se rappelle cependant pas d'une manière bien exacte si son père n'a pas eu autrefois des rhumatismes articulaires.

Sa position le met à l'abri de toute cause professionnelle.

En 1843, il fut exposé plusieurs fois de suite à un froid humide, et contracta, sous cette influence, un rhumatisme mono-articulaire du genou gauche. Obligé de garder le lit pendant quelques semaines, au bout desquelles, se trouvant guéri, il reprit ses travaux habituels.

Dix années après, en 1853, soumis aux mêmes causes, il contracta la même affection, se fit également soigner, et fut complétement guéri, ou tout au moins ne ressentit plus de douleurs.

L'année dernière, 1861, dans les premiers mois, à une époque où il faisait un froid humide, il fut, pour une troisième fois, atteint de la même douleur, qui dura plus longtemps qu'aux deux premières attaques. La guérison cependant se fit, et il ne lui resta que quelques douleurs vagues qui parfois sont sensibles.

Dans tout ce laps de temps, notre malade, en dehors de ses attaques de rhumatisme, ne souffrait que peu, pouvait accomplir les fonctions des membres; au contraire, quelquefois faisait des marches forcées pour faire complétement disparaître, dit-il, les douleurs vagues qu'il ressentait. Rarement il éprouva des douleurs plus ou moins mal déterminées dans d'autres articulations, de préférence dans le genou droit; jamais il n'eut de complication accompagnant souvent le rhumatisme, jamais non plus il n'eut d'autre maladie.

Comme traitement, il fit plusieurs saisons aux eaux : ainsi à Plombières, dont il tira, lui a-t-il semblé, un certain bénéfice; en Allemagne, où il lui sembla le contraire; à Luchon, en dernier lieu, où le bénéfice qu'il en a tiré lui paraît assez grand pour désirer y retourner encore une fois cette année.

Le jour de notre examen, le 9 février 1862, outre les détails que nous venons de donner, il ajoute que jamais il n'a éprouvé de trouble bien notable dans les fonctions, seulement il lui semble que les forces manquent lorsqu'il monte un escalier assez haut; sur un plan horizontal, il marche facilement et sans douleur, et même il marche avec plaisir, et s'en fait une obligation, craignant une ankylose.

La douleur est peu vive, plus sensible à gauche, siége de ses anciens rhumatismes, qu'à droite; dans les changements de temps, il éprouve aussi quelques douleurs rhumatoïdes; enfin il peut faire exécuter à ses genoux tous les mouvements appartenant à cette articulation.

Après sa première maladie, en 1843, il s'aperçut que le genou gauche était le siége de craquements particuliers; il remarqua que ce bruit n'avait jamais disparu; il n'en tint aucun compte, et ne fit jamais la même remarque pour le côté droit.

Nous pûmes constater que des deux côtés, il y avait des bruits sensibles à la main, mais non perceptibles à distance, plus forts à droite qu'à gauche, précisément du côté où il n'y a eu ni rhumatisme ni douleurs notables. Ces bruits ressemblent au frottement du velours; ils sont continus, et ne présentent pas la dureté de ceux que pourrait causer la rotule sur les condyles. Les deux rotules sont parfaitement mobiles.

Le genou gauche n'est le siége d'aucune déformation; à droite, il est légèrement déformé en dedans; l'extrémité supérieure du tibia fait une saillie sensible, qui paraît venir de toute la partie interne de l'épiphyse de l'os.

Enfin nous ajouterons que les téguments sont parfaitement sains, et que la pression la plus forte ne détermine aucune douleur.

Cette observation vient encore à l'appui de ce que nous avons dit:

douleurs rhumatoïdes, conservation des fonctions des membres. De plus, l'affection est venue sur un sujet rhumatisant. Enfin il n'est pas sans intérêt de voir le résultat obtenu par l'emploi des eaux minérales. Pour nous, en effet, il ne paraît pas douteux qu'à ce traitement est dû le progrès si lent d'une affection ayant déjà près de vingt années d'existence. On peut d'ailleurs voir l'effet contraire produit par l'absence de tout traitement, dans l'observation 8.

OBSERVATION IV.

Arthrite sèche du genou gauche.

(Observation donnée par M. Houel.)

L'année dernière, au mois de novembre, je fus consulté par un cultivateur des environs de Paris, pour une lésion qu'il portait au genou gauche, et qui datait d'environ huit mois. Cet homme, âgé d'environ 38 ans, ne se rappelait point avoir eu de douleurs rhumatismales, autres que ces douleurs passagères qui disparaissaient elles-mêmes; il avait éprouvé au début une légère douleur avec craquement dans l'articulation du genou; la gêne dans la marche s'accrut sans augmentation sensible dans le volume de l'articulation; un peu plus tard, le genou se tuméfia; c'est ce qui détermina le malade à consulter; mais la tuméfaction n'a jamais été bien notable; jamais, au dire de la malade, il n'y a eu d'eau dans l'articulation.

Malgré la médication, qui a consisté en frictions et vésicatoires, la déformation a continué à augmenter, en même temps que la gêne des mouvements. Au moment où je l'ai examiné, voici l'état dans lequel était l'articulation.

Le genou était notablement plus volumineux que celui du côté opposé, mais cette augmentation de volume était due aux condyles du fémur et du tibia, la rotule elle-même était plus volumineuse, et sur ses côtés existaient deux ou trois plaques osseuses distinctes d'elle, car il était facile de constater leur mobilité; il n'existait point d'épanchement appréciable dans l'articulation.

Les mouvements, moins étendus que dans l'état normal, produisaient des craquements sensibles, même à distance; ils étaient cependant faciles, seulement un peu douloureux au début de l'action; si bien que cet homme, qui était cultivateur, pouvait encore faire dans les champs des courses assez longues.

OBSERVATION V.

Double arthrite sèche du genou.

M. D....., âgé de 25 ans, élève en médecine. D'une santé ordinaire bonne, d'une forte constitution, et ayant toutes les apparences d'une santé ordinaire excellente, d'un tempérament lymphatique. Un oncle et un grand père ont été goutteux.

Le 20 octobre 1859, M. D....., à la suite d'une course longue, et après s'être exposé à une cause de refroidissement, fut pris de tous les symptômes d'une arthrite rhumatismale du genou droit, douleur, gonflement, chaleur, etc. En même temps, le membre se trouvait dans une flexion forcée. On lui ordonna 30 sangsues; n'ayant pas cru devoir les appliquer, on lui posa successivement plusieurs larges vésicatoires. Peu de jours après, le genou gauche fut pris, à son tour, des mêmes symptômes; dès lors la nature rhumatismale ne fut plus douteuse, et il fut traité par le sulfate de quinine, dont il reconnut les bons effets. Environ six semaines après le début de la maladie, il se fit transporter dans son pays (Clermont-Ferrand); à cette époque, la période aiguë était terminée, mais il lui restait une flexion forcée, et impossibilité d'étendre les jambes. Arrivé chez lui au commencement de janvier, il se soumit à un traitement à l'aide des appareils de Bonnet; l'extension en fut le résultat, et dès lors il vit ses mouvements revenir peu à peu, put marcher avec des béquilles, et cependant resta jusqu'au mois d'avril 1860 pour arriver à marcher assez bien pour revenir à Paris y reprendre ses études.

Pour être complet dans l'étude de l'affection qui nous intéresse, nous sommes obligé de revenir un peu sur nos pas, au moment où, à l'aide de l'appareil de Bonnet, il put faire l'extension de la jambe. A cette époque, en effet, le malade nous dit qu'au moment où, ne s'y attendant nullement, l'extension se fit, il entendit, ainsi qu'une parente qui était à ses côtés, un craquement unique et fort dans les deux genoux, mais plutôt à droite qu'à gauche. Pensant que ce craquement était dû à quelques ruptures de fibres tendineuses, il n'y prêta pas attention, d'autant plus qu'il n'en ressentit aucune douleur; mais lorsque, les jours suivants, il fit des mouvements, il remarqua que ce craquement se reproduisait en prenant plus d'extension, et semblait se passer dans toute l'articulation, toujours d'ailleurs le bruit était plus fort à droite qu'à gauche. En outre il observa que le bruit parfois prenait plus d'intensité, assez même pour que les personnes qui l'entouraient l'entendissent. Malgré ces symptômes, comme la guérison de ses

douleurs se faisait rapidement, D..... n'y prêta qu'une légère attention, et, comme je l'ai déjà dit, revint à Paris au mois d'avril reprendre ses études.

Depuis cette époque, c'est-à-dire près de deux ans, M. D..... entendit toujours ces craquements, qui cependant ont diminué d'intensité, dit-il, depuis quelques mois; il n'a pas moins cessé de marcher, de faire même de longues courses. D'après son observation, dans tout ce laps de temps, il aurait été plus sensible au grand froid, mais surtout à l'humidité; alors il ressent dans les deux genoux une douleur rhumatoïde, mais il faut pour cela qu'il s'expose à ces températures. Tout en faisant de longues marches, il s'aperçoit qu'il se fatigue un peu plus facilement qu'autrefois. Enfin, dans la flexion forcée un peu prolongée, le corps lui-même fléchi sur le bassin, lorsqu'il veut se relever, il le fait difficilement et avec une légère douleur, qui disparaît rapidement, et qui occupe toute l'articulation; de même un examen un peu prolongé et une pression un peu forte sur le genou y laissent un engourdissement qui disparaît promptement. Pour compléter notre observation, nous dirons que depuis sa maladie, l'état général a toujours été très-bon.

Le 18 janvier, le malade voulut bien nous permettre de l'examiner, et voici ce que nous avons constaté:

Les deux genoux sont parfaitement conformés, il n'y a pas le plus léger changement apparent dans leur volume; très-difficilement on peut constater une augmentation de volume de l'épiphyse. La rotule, faisant une saillie normale, est mobile sur les condyles fémoraux; toutes les régions de l'articulation paraissent saines; la pression, comme je l'ai dit, sans être douloureuse, laisse après elle un léger engourdissement de peu de durée. En mettant la main sur le genou, et faisant exécuter au malade des mouvements de flexion et d'extension, on perçoit alors, et même on entend très-bien un frottement que l'on peut parfaitement dédoubler; et d'ailleurs le malade lui-même a déjà parfaitement analysé ce double bruit: l'un sec et unique, que l'on perçoit au niveau de la rotule, et qui est dû évidemment au frottement de la rotule sur les condyles fémoraux; l'autre qui se passe dans toute l'articulation, et qui a été comparé soit au frottement des plèvres, soit, avec plus de précision, au frottement de deux morceaux de gros velours d'Utrecht rendus fixes. Ce phénomène s'observe dans les deux genoux; mais, comme toujours le malade nous dit l'avoir observé, le frottement est plus fort à droite qu'à gauche.

Cette observation, nous le croyons, offre son enseignement pour l'étude de l'arthrite sèche: prise sur un malade lui-même au courant de la science médicale, tous les renseignements qu'il nous a

donnés peuvent être regardés comme positifs; de plus, une fois encore, nous voyons la marche insidieuse de la maladie, dont le véritable signe n'est que la crépitation. En effet, les douleurs rhumatoïdes qu'accuse le malade lorsqu'il s'expose à un froid humide peuvent tout autant être attribuées à des douleurs rhumatismales qu'à une arthrite sèche, surtout si cette dernière n'est accompagnée de son signe particulier le frottement ou la crépitation. Enfin, sur le même individu, nous voyons deux sortes de bruits qu'il ne faut pas confondre, et qu'il est du reste bien facile de distinguer à l'aide d'un examen attentif.

Pour terminer ces quelques réflexions, nous ferons remarquer que le sujet de l'observation nous donne un type de l'affection encore peu développée et sur un sujet rhumatisant. Il n'y a pas encore de production osseuse soit dans les tendons, soit dans d'autre partie molle, il n'y a pas encore non plus de bourrelet osseux bien apparent; il n'y a sans doute que de la destruction de la synoviale, avec usure des cartilages et commencement de bourrelet osseux, mais pas le moindre épanchement.

OBSERVATION VI.

Double arthrite sèche du genou.

(Observation donnée par M. le D[r] Marey.)

Félix P....., âgé de 28 ans, grand et bien taillé, brun, jouissant ordinairement d'une bonne santé, ne se livrant ni à aucun travail, ni à aucun exercice fatigant. En disant que toujours P..... a joui d'une très-bonne santé, je dois m'expliquer et dire que toujours, du moins, il a eu un bon état général; car depuis fort longtemps il a des rhumatismes articulaires ou plutôt des douleurs articulaires qui le gênent dans la marche quelquefois, et qui lui causent des douleurs dans les changements atmosphériques qui peuvent augmenter des douleurs de cette nature; malgré cet état, jamais il n'a eu de fièvre ni été obligé de garder le repos. L'été dernier, il a eu une ophthalmie rhumatismale qui a duré quinze jours.

Il faut remarquer que ces douleurs rhumatismales ont toujours eu pour siége

les deux genoux, qui seuls sont actuellement encore douloureux; de plus le malade fait remonter à six ou huit ans l'époque à laquelle il s'est aperçu des phénomènes nouveaux qui ont permis de dire au médecin, lorsqu'il le vit pour la première fois, qu'il avait une double arthrite sèche. Le malade fut visité par M. Marey dans le courant de décembre, et voici le résultat de l'examen de ce médecin. Aucune autre articulation que le genou n'est le siége d'une arthrite sèche; ils sont peu déformés, et cette faible déformation porte sur la rotule, qui est plus saillante qu'à l'état normal, saillie très-visible dans l'extension; latéralement, autant en dedans qu'en dehors, la jointure paraît un peu élargie, sans saillie anormale, et irrégulière. Les extrémités osseuses ne paraissent ou ne sont que peu augmentées de volume, enfin les muscles sont sains et ne sont pas atrophiés. Les mouvements ont leur étendue normale; et, bien qu'il puisse facilement fléchir la jambe, il craint de le faire, mais sans raison spéciale pouvant faire croire à l'existence d'une douleur particulière; il descend et monte difficilement les escaliers, marche mieux sur un plan horizontal que sur un plan incliné. Il est bon d'ajouter que depuis deux ou trois ans il peut faire des mouvements qu'il ne faisait pas autrefois; ainsi il peut s'habiller seul, ce que lui empêchait sa roideur articulaire.

Tous ces mouvements s'accompagnent du bruit pathognomonique de l'arthrite sèche, crépitation sèche, râpeuse, et assez bruyante pour être entendue à distance et, *a fortiori*, être très-facilement perçue. Ajoutons que depuis cinq ans ce signe n'a pas varié, ni en plus ni en moins.

Terminons en disant que l'état général n'a cessé d'être excellent.

Bien que très-courte, cette observation nous permet cependant de tirer quelques conclusions à l'appui de ce que nous avons avancé. Et d'abord, une fois de plus, nous sommes à même de constater la plus grande fréquence de la maladie aux genoux.

Remarquons ensuite que, dans ce cas particulier, la cause et la nature de la maladie paraissent être évidemment rhumatismales.

Enfin, comme dans toutes nos observations, les articulations des membres où siégent les articulations malades ont conservé leurs fonctions, et même la maladie ayant avancé, certains mouvements impossibles sont devenus possibles, et si tous ne se font pas sans quelque difficulté, c'est, avons-nous dit, parce que le malade craignait de se faire quelque mal, et nous sommes persuadé que c'est un

de ces cas où se ferait une fausse ankylose si on empêchait le malade de faire des mouvements.

OBSERVATION VII.

Arthrites sèches multiplès.

(Observation donnée par M. Demarquay.)

M. X....., âgé d'environ 41 ans, ayant tous les attributs d'une bonne santé, vivant avec tout le confortable possible, et n'ayant jamais été à même de se livrer à quelque travail que ce fût, l'exposant à une cause quelconque pouvant être l'origine de son mal, est né d'un père goutteux et lui-même paraît sous l'influence de la diathèse arthritique, manifestée par une éruption herpétique, à la face surtout.

Il y a six ans, M. Demarquay a été consulté pour la première fois par ce malade, qui depuis vient souvent le voir; il ne se plaignait alors que d'entendre des craquements dans ses genoux principalement. M. Demarquay put facilement constater l'existence d'une arthrite sèche ; bientôt et successivement des craquements se firent entendre dans presque toutes les articulations, ils sont le plus forts surtout aux genoux, à l'articulation occipito-atloïdienne et temporo-maxillaire.

Malgré cette multiplicité d'arthrites sèches, l'état général n'en a aucunement souffert, les articulations malades ne sont le siége d'aucune déformation bien appréciable, et leurs fonctions n'en ont jamais été altérées; si bien que depuis le commencement de la maladie, le malade a fait la campagne d'Italie en qualité de volontaire, plusieurs voyages, et, pendant les six mois qu'il passe à Paris, tous les matins fait à pied une course de plusieurs kilomètres, et le soir, le plus souvent, une promenade à cheval. Ces courses sont faites sans que le malade en souffre et en ait ressenti quelque dommage, mais le craquement a toujours persisté.

Bien des traitements ont été essayés : l'iodure de potassium à l'intérieur, plusieurs saisons aux eaux, telles que Bagnères-de-Luchon, Baréges, Aix, Plombières, Aix-la-Chapelle; malgré tout, le symptôme principal persiste, le craquement. Il est vrai que nous pouvons accepter comme résultat de n'avoir aucune déformation, ni trouble fonctionnel, malgré l'étendue de la maladie, qui pourrait faire croire à une influence diathésique.

Cette courte observation nous paraît très-concluante. Il serait difficile de ne pas accepter l'influence de la diathèse arthritique, se révélant par un herpès arthritique; de même de ne pas accepter, au moins comme probable, la bonne influence des eaux minérales. Enfin remarquons l'intégrité des fonctions conservée avec tant d'articulations malades.

OBSERVATION VIII.

Double arthrite sèche du genou.

(Observation prise dans le service de M. Chassaignac, à l'hôpital Lariboisière.)

Salomon R....., âgé de 55 ans, commissionnaire. Ce malade est entré à l'hôpital Lariboisière pour se faire traiter d'un mal plantaire perforant qu'il portait au talon droit. Le 25 novembre 1861, M. Chassaignac lui fit la résection du calcanéum du côté correspondant. En outre il se trouvait atteint d'une double arthrite sèche, et c'est l'affection qui va nous occuper.

Depuis 1824, R..... est commissionnaire, n'a cessé de faire son métier qu'à de rares intervalles, ainsi pour une fracture de l'extrémité inférieure du péroné gauche. Il a eu de temps à autre quelques douleurs articulaires, peu fortes à la vérité, puisque jamais elles n'ont été un empêchement à ses travaux, plus sensibles aux genoux qu'aux autres articulations, de telle sorte que, bien que l'époque donnée par le malade comme date du début de sa maladie soit déjà bien ancienne, cette fois encore nous croyons pouvoir lui donner comme origine une date antérieure.

C'est en 1847 que R..... fait commencer la maladie du genou gauche, car jamais il n'a fait attention au côté droit, il n'a remarqué que des craquements pour lui sans importance. Il tomba sur le genou contre un trottoir, et il se fit une fracture transversale de la rotule qu'il est difficile de méconnaître aux signes qu'il en donne; malgré cela il ne prit que quelques jours de repos, se remit au travail, mais ne pouvait plus fléchir la jambe sur la cuisse; son genou, de suite après l'accident, s'était uniformément gonflé, gonflement non douloureux, seulement donnant une certaine sensibilité, un peu de fatigue, que le repos faisait disparaître. Sans doute quelques accidents aigus survinrent; car, au commencement de 1848, il fut obligé d'entrer à la Charité, dans le service de Gerdy; ce chirurgien lui prescrivit des sangsues sur le genou gauche, sept ou huit vésicatoires volants et six à l'aine du même côté.

Le 7 avril, cinquante jours après son entrée à cet hôpital, R..... en sortit à peu près dans le même état, le genou encore gonflé, complétement insensible dans l'immobilité, mais un peu douloureux dans la marche, qui était un peu chancelante; il reprit cependant son travail. Pendant tout ce temps, la flexion de la jambe resta impossible. Ce fut pendant l'année 1850 que, pouvant obtenir ce mouvement, il s'aperçut de craquements considérables se passant dans son articulation.

Jusqu'en 1856 la forme régulièrement arrondie persista; et, cette année-là seulement, par une diminution insensible, le gonflement disparut pour laisser à sa place la forme qui, petit à petit, arriva au degré que nous décrirons tout à l'heure.

L'ayant interrogé plus spécialement au point de vue de son arthrite sèche, R....., après nous avoir dit ce que nous avons cité comme antécédents, nous a ajouté que depuis 1850, c'est-à-dire depuis que son genou s'est mis à diminuer de volume et qu'il a entendu les craquements, les douleurs sont devenues moins vives, et que pour lui celles qu'il a ressenties n'étaient que de la fatigue.

Son genou gauche offre, à la simple vue, une déformation remarquable; le volume en est au moins doublé, mais très-irrégulièrement déformé; et d'abord faisons remarquer que cette déformation ne semble porter que sur les épiphyses osseuses, et que la diaphyse paraît parfaitement saine, fait que nous avons signalé au chapitre de l'anatomie pathologique. L'extrémité inférieure du fémur est augmentée de plus de la moitié de son volume normal, mais sur le tibia surtout porte la déformation; au moins doublé de volume, à la partie interne il fait une saillie considérable, en forme de pointe, qui semble comme prête à perforer la peau. Le péroné, de son côté, a son épiphyse au moins double de volume. Enfin la rotule est soudée au tibia, reste immobile, est également plus volumineuse, et paraît porter la trace d'une rainure transversale, signe probable de la fracture dont elle aurait été le siége autrefois; de chaque côté, on sent sous les doigts une quantité de petits corps mobiles et durs, mais on ne peut constater aucun épanchement de liquide. Enfin la pression ne provoque aucune douleur, et, en faisant exécuter les mouvements de l'articulation, on entend et on perçoit très-facilement le craquement si caractéristique à une période aussi avancée, et que l'on peut comparer au bruit d'un sac de noix.

Malgré cet état avancé de la maladie, la déformation considérable du genou, les fonctions du membre sont conservées; seule l'action de descendre l'escalier le gêne, et il est obligé d'avoir la main à la rampe; autrement, dit-il, le genou lui manquerait.

Examinant le genou droit, pour constater si, comme cela arrive le plus souvent, ce côté était aussi atteint d'arthrite sèche, nous ne vîmes aucune déforma-

tion, les épiphyses osseuses ne semblant pas augmentées de volume, et la rotule mobile ; en un mot, rien que des signes négatifs, auxquels, ajoutait le malade, en disant n'avoir jamais été gêné de ce côté, et n'y avoir éprouvé qu'à de rares intervalles de légères douleurs rhumatoïdes. Mais les mouvements alternatifs de flexion et d'extension donnent lieu au signe de la maladie, le frottement continu, comparable de ce côté au frottement de deux surfaces de velours, prouvant sans doute un degré moins avancé que du côté opposé. Il est d'ailleurs facile de distinguer ce bruit continu et se passant dans tout le genou de celui qu'on y entend sous la rotule, bruit sec et unique.

Dans cette observation, nous devons faire attention au commencement de la maladie d'abord ; sans doute il y a eu fracture de la rotule et hydarthrose, et c'est après que serait survenue l'arthrite sèche, qui, passant par tous ses degrés, en est arrivée au point où nous la voyons aujourd'hui. Puis à la persistance des mouvements, malgré l'étendue des désordres, mais sur un sujet qui n'a jamais gardé l'immobilité. Enfin la confirmation de ce fait d'observation, que les articulations symétriques sont ordinairement prises simultanément.

OBSERVATION IX.

Double arthrite sèche du genou.

(Observation donnée par M. Houel.)

Mme C...., âgée d'environ 65 ans, m'a consulté, dans les premiers jours de novembre 1861, pour une affection qu'elle portait aux deux genoux. Cette dame, qui a longtemps habité la campagne, n'a jamais fait de maladie grave ; elle était grasse et présentait toutes les apparences extérieures d'une brillante santé ; elle avait cependant éprouvé quelques douleurs rhumatoïdes, et portait sur différents points du corps, en particulier dans le cuir chevelu, des traces évidentes de pityriasis.

Au dire de la malade, l'affection qu'elle porte aux deux genoux, et qui est assez prononcée, remonterait environ à quatre ans. A cette époque, elle éprouva dans ces articulations de légères douleurs, accompagnées de gêne manifeste dans les mouvements ; mais, comme il n'y avait aucune réaction fébrile, elle continua à marcher sans trop s'en préoccuper. Il ne s'est jamais manifesté dans

ces articulations d'hydropisie évidente ni d'abcès circonvoisins, et c'est précisément à l'absence de ces accidents qu'est dû le peu de soins qui ont été pris pour améliorer cet état, qui augmentait tous les jours d'une manière insensible. Cette dame éprouvait dans l'articulation des craquements qui la préoccupaient cependant, et elle aurait probablement consulté, si elle n'avait point eu le malheur de perdre son médecin. Voyant que son état empirait tous les jours, sur l'instance de ses enfants, elle se décida à consulter un charlatan, qui proposa de lui introduire des aiguilles dans les articulations malades, ce qu'elle se garda, heureusement pour elle, d'accepter.

Quand je la vis pour la première fois, elle était couchée et pouvait à peine se soutenir quand elle se levait. Les deux genoux étaient le siége de déformations considérables, mais principalement le gauche. Il me fut facile cependant de reconnaître que malgré l'augmentation de volume assez considérable que présentaient ces deux articulations, il n'y avait point d'accumulation anormale de liquide dans leur cavité. Cette déformation tenait aux condyles du fémur et du tibia, qui étaient très-tuméfiés; la rotule elle-même était d'un tiers plus étendue qu'à l'état normal, et il existait dans ses ligaments latéraux de larges plaques d'ossification nouvelle et à forme irrégulière, faisant entendre une crépitation des plus accusées lorsqu'on cherchait à les mouvoir. Enfin, quand la malade faisait le moindre mouvement, elle était effrayée par le bruit qui se produisait dans son articulation.

Il ne me fut point difficile de reconnaître que j'avais une arthrite sèche, dont les altérations avancées étaient au-dessus des ressources de l'art. Je prescrivis néanmoins l'emploi de l'iodure de potassium à l'intérieur, avec une infusion de feuilles de chêne, et conseillai à la malade de continuer à marcher autant que possible, afin de diminuer la roideur articulaire; mais, la marche étant douloureuse et pénible, surtout au début, et les articulations ne pouvant supporter le poids du corps, je conseillai l'usage de béquilles.

J'ai revu depuis ma malade un certain nombre de fois. Malgré la médication, on comprend que l'altération soit sans changement; mais la santé générale s'est maintenue, et il me semble que les mouvements sont un peu moins pénibles et douloureux.

OBSERVATION X.

Double arthrite sèche de la hanche.

(Observation donnée par M. Houel.)

Mme X...., âgée d'environ 50 ans, occupant dans la société une position de fortune considérable, ayant toujours joui d'une bonne santé, sans avoir jamais eu

de douleurs rhumatismales, a été atteinte, il y a environ quatorze ans, de légères douleurs dans les deux articulations coxo-fémorales, qui rendaient la marche quelquefois pénible. Cette malade a été ainsi pendant près de cinq ans sans vouloir consulter personne ; voyant cependant que ces deux premiers symptômes, la douleur et la gêne des mouvements, augmentaient plutôt que de diminuer, elle se décida à venir me consulter.

Connaissant la malade de longue date, je fus frappé que, pour une gêne aussi notable dans les mouvements, la santé générale ne fût point altérée. Les membres inférieurs ne présentaient aucune déformation ni aucun amaigrissement; la marche, qui était pénible, produisait dans les deux articulations coxo-fémorales de légers craquements dont la malade avait conscience. Je reconnus qu'il s'agissait évidemment d'une double arthrite sèche coxo-fémorale, pour laquelle je crus devoir conseiller une médication prolongée. Afin de donner plus d'autorité à ma manière de voir, je provoquai une consultation de MM. Velpeau et Nélaton, qui séparément pensèrent aussi qu'il s'agissait bien dans ce cas d'une arthrite sèche. Je conseillai l'emploi de l'iodure de potassium à l'intérieur et de bains sulfureux. La malade fut envoyée aux eaux de Cauterets.

La maladie était déjà malheureusement trop ancienne, et il existait dans l'articulation de la hanche des désordres qui ne permirent point d'obtenir une guérison. Fatiguée de l'emploi de la méthode iodée, cette dame y renonça, et ayant fait deux saisons d'eaux, elle ne crut pas devoir en recommencer une troisième, retenue qu'elle était d'ailleurs par des intérêts de famille. Mais alors, les mouvements devenant de plus en plus pénibles, j'ai insisté auprès de ma malade, qui a du reste une grande force de volonté, pour que tous les jours elle marchât soit dehors, soit dans l'appartement.

Le début de la marche, lorsque l'articulation est restée un certain temps immobile (auquel cas elle n'est point douloureuse), provoque toujours de la douleur, la malade est obligée de porter le poids de son corps tantôt à droite, tantôt à gauche, ce qui produit un dandinement ; mais, au bout de quelques pas, la marche, quoique très-gênée, est moins douloureuse; aussi la malade comprend-elle la nécessité que je lui ai imposée de faire tous les jours une petite marche, non pas que je craigne une ankylose, mais la rétraction des éléments fibreux qui avoisinent l'articulation, et que je considère comme cause de la douleur. Il est bon de remarquer que la douleur n'est sensible que lorsque la malade veut marcher et faire supporter le tronc par l'articulation coxo-fémorale; car, soit assise, soit au lit, la malade ne souffre pas.

Depuis quatorze ans qu'a débuté l'affection, il ne s'est rien manifesté d'extraordinaire dans la santé de cette dame, qui, à l'exception de son infirmité qui

va toujours croissant, s'est constamment bien portée. Malheureusement j'entrevois le moment où l'usure des surfaces articulaires sera assez grande pour que ma malade ne puisse que difficilement supporter le poids du tronc, et depuis que la marche est devenue plus pénible, la douleur a aussi augmenté ; pendant le repos, elle est nulle. Je ne vois aucune lésion autre que l'arthrite sèche qui puisse donner lieu à de pareils symptômes, avoir une aussi longue durée sans altérer la constitution. Il ne s'est jamais manifesté aucune inflammation visible ni aucun abcès autour de la hanche ; les ganglions de l'aine n'ont même subi aucune augmentation de volume.

Ces deux dernières observations peuvent être regardées comme des exemples de l'affection arrivée à un degré avancé et ayant produit des douleurs assez notables avec gêne dans les mouvements; mais deux choses doivent être remarquées, c'est que malgré cela ils ne sont pas impossibles; qu'en outre il n'y a eu ni état général ni fièvre.

OBSERVATION XI.

Arthrite sèche de l'épaule gauche.

(Observation donnée par M. Delaunay, interne à la Clinique.)

Mme X....., âgée de 42 ans, n'a pas eu dans sa famille de rhumatisants; elle-même, d'un tempérament lymphatico-sanguin, a toujours joui d'une santé très-bonne; elle n'a jamais eu ni rhumatismes ni affections articulaires.

Il y a un an, cette dame a commencé à éprouver une certaine gêne et une légère douleur dans les mouvements du bras gauche ; elle sentait également quelques craquements dans l'articulation. Depuis lors la gêne des mouvements a augmenté en même temps que leur étendue diminuait, mais les douleurs n'ont jamais été vives.

Aujourd'hui la malade se présente dans l'état suivant : le moignon de l'épaule est un peu déformé, la saillie de l'acromion est plus considérable et la fosse sus-épineuse plus marquée, ce qui tient à un amaigrissement du deltoïde et des muscles abducteurs du bras. C'est qu'en effet les mouvements d'abduction et d'élévation du bras sont en partie abolis : ainsi la malade ne peut pas élever son bras au-dessus de la position horizontale, il lui serait impossible de porter la main à

la tête pour se coiffer; et l'analyse des symptômes prouve que les mouvements de l'articulation scapulo-humérale sont encore bien plus limités qu'ils ne le paraissent, car une partie de ces mouvements se passe dans les articulations claviculaires, comme le prouvent le déplacement de cet os et celui de l'omoplate. Si on cherche à communiquer des mouvements au membre après avoir fixé l'omoplate, on s'aperçoit bien vite qu'il n'y a pas d'ankylose, puisque certains mouvements se passent évidemment dans l'articulation; mais ces mouvements sont très-limités, et on est bien vite arrêté par une roideur difficile à vaincre, dont on ne triomphe qu'en partie et en faisant souffrir la malade, et en provoquant des craquements parfaitement appréciables.

Du reste, il n'y a pas ou peu de douleurs spontanées; aucun gonflement. L'état général est très-bon.

OBSERVATION XII.

Arthrites sèches multiples (épaule, articulation occipito-atloïdienne).

M. C....., âgé de 25 ans, élève en médecine, d'un tempérament lymphatique, né d'un père rhumatisant, et soumis à l'influence arthritique manifestée par un eczéma de cette nature.

Ce jeune homme, bon observateur, nous donne les détails de son affection avec une netteté et une précision telles que nous acceptons parfaitement la date qu'il donne au début de sa maladie. Il nous dit que jamais il n'a eu de maladie grave, ni même la moindre douleur avant l'époque qu'il nous désigne. Il y a cinq ans et demi, il habitait un rez-de-chaussée humide, où il resta dix-huit mois; c'est pendant ce séjour qu'il ressentit des douleurs rhumatoïdes assez vives dans le genou droit et dans l'épaule du même côté; à gauche, le genou était légèrement douloureux, il n'y ressentait qu'une douleur vague. Ces douleurs cependant ne furent jamais assez violentes pour en parler à un médecin, ni pour nécessiter du repos. En marchant, le genou était bien un peu douloureux, pas assez cependant pour le faire boiter, pas plus que pour l'empêcher de faire, le plus souvent que lui permettaient ses occupations, de longues courses et des parties de chasse. A l'épaule, certains mouvements étaient très-sensibles, ceux surtout de balancement, ou bien encore en jouant au billard. Les caractères de ces douleurs étaient bien ceux de la douleur rhumatoïde, c'est-à-dire douleur vague, se dissipant ordinairement après avoir fait agir l'articulation, sensible aux variations atmosphériques, surtout au froid humide.

Depuis quatre ans, M. C..... s'est soustrait à la cause qui avait produit ses douleurs; il a changé de domicile, et habite depuis ce temps un appartement plus

sain et tout à fait à l'abri de l'humidité. En même temps que la soustraction de la cause, les effets ont disparu, si bien que depuis quatre ans il n'a plus ressenti de douleurs rhumatoïdes ; maisil constatait un nouveau symptôme : du craquement dans l'épaule droite, en même temps que du côté gauche, moins fort à gauche qu'à droite. Ce craquement aurait suivi immédiatement les douleurs, et, pour lui, n'aurait pas changé de caractère depuis ce temps. Jamais, depuis ce nouvel accident, il n'a ressenti de douleur, si ce n'est par suite d'une pression continue sur une articulation. Il n'a d'ailleurs constaté ce fait que lorsqu'il s'est couché sur un côté ; le matin, en se levant, l'épaule correspondante à ce côté est légèrement sensible, sensibilité qui disparaît après les premiers mouvements. Aucun trouble dans les fonctions n'a existé, et, sans la continuité de ce bruit, rien ne l'inquiéterait. Il y a environ six mois, il s'est aperçu, en faisant certains mouvements de tête, d'un craquement assez fort se passant dans l'articulation occipito-atloïdienne; c'est surtout en contractant fortement les muscles de la région postérieure du cou qu'il entend ce bruit.

Nous ajouterons que durant le même temps, il n'a jamais eu le moindre accident général et aucune trace d'épanchement dans les articulations. Remarquons la parfaite intégrité des mouvements; et même, lorsqu'il avait eu des douleurs, s'il voulait s'y soumettre, ils n'étaient nullement altérés.

Lorsque nous examinâmes M. C....., le 22 février, nous avons constaté l'état suivant : à l'œil, aucune altération ou déformation apparente des articulations; rien du côté des muscles. Par la palpation, nous avons trouvé une certaine augmentation de volume de la tête de l'humérus droit, et aucune à gauche; rien du côté du scapulum. Au cou, ni altération ou déformation, soit apparente, soit réelle. Les muscles, dans l'une et l'autre articulation, ont conservé leur parfaite intégrité. La palpation, même prolongée et faite avec une certaine force, ne détermine aucune douleur, et l'articulation n'est le siége d'aucune sensibilité. Tous les mouvements ont conservé leur pleine liberté, ne sont pas douloureux; et même les exercices, qu'il ne faisait pas sans une certaine difficulté, alors qu'il éprouvait quelques douleurs, lui sont devenus tous possibles et indolores. Les changements de température, les variations atmosphériques, sont sans influence. Il n'y a donc actuellement qu'un seul signe permettant de dire qu'il y a arthrite sèche, le bruit articulaire. Le bruit du côté droit ne produit plus qu'un simple frottement; c'est un craquement se passant dans toute l'articulation, mais il ne se produit que dans le mouvement de rotation, l'avant-bras étendu sur le bras ; dans ce seul mouvement, il est continu et caractéristique; c'est à peine si on l'entend dans les autres mouvements. A gauche, on l'entend aussi dans les mêmes conditions, mais il est bien moins fort : ce n'est qu'un frot-

tement. Celui que l'on entend dans l'articulation occipito-altoïdienne ressemble par la force à celui de l'épaule droite ; il est très-sensible dans l'extension forcée de la tête sur le cou.

On entend, aux deux genoux, un bruit, mais bien différent de celui qui existe aux autres articulations ; il est sec, se passant au niveau de la rotule, et n'est pas constant : c'est évidemment un bruit dû aux douleurs rhumatismales anciennes (1).

Notre malade n'a suivi aucun traitement. Malgré cela, il n'a pas constaté d'augmentation notable, pas plus que d'amélioration ; ses douleurs ont seules disparu à la suite de son changement d'habitation.

Dans cette observation, il n'existe actuellement qu'un seul signe d'arthrite sèche, le bruit articulaire. Nous n'hésitons pas cependant et nous ne doutons pas qu'il y ait arthrites sèches, soit à cause du début, de la marche de la maladie, et surtout du craquement et de la conservation des mouvements. Nous la donnons même comme un type de l'affection encore commençante, réunissant les deux signes que l'on peut regarder comme presque pathognomoniques de l'affection, le bruit articulaire et la conservation des mouvements.

OBSERVATION XIII.

Mal perforant ; arthrite sèche ; érysipèle.

(Observation donnée par M. Morel-Lavallée.)

R..... (Jean), âgé de 52 ans, entré, le 29 juillet 1861, à l'hôpital Necker, placé d'abord salle Saint-Jean, n° 9, dans le service de M. Monneret, pour des douleurs articulaires, envoyé le 6 août salle Saint-Pierre, n° 50, dans le service de M. Morel-Lavallée.

Le malade est atteint d'un mal perforant placé à la face inférieure du gros orteil droit, il a de plus une arthrite des deux genoux.

Quant à l'histoire du mal perforant, rien de particulier qui puisse nous intéresser.

(1) Il n'y a pas le moindre épanchement dans aucune de ces articulations (jamais il n'y en a eu), enfin ni complication cardiaque ni altération des urines.

L'arthrite des deux genoux nous a conduit à examiner les antécédents du malade, et voici les renseignements que nous avons pu recueillir. Il y a environ quatorze ans, ce malade a eu une fracture de la cuisse gauche dont la guérison a été parfaite. Il n'a jamais eu de rhumatisme, et a toujours été bien portant. Mais il y a trois ans qu'il a commencé à souffrir du genou droit; l'affection a pris le caractère d'une arthrite et il a été forcé d'aller à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Chassaignac, qui l'a traité par des cautérisations avec l'acide nitrique. Il est resté au moins un an dans ce service, et est sorti sans être bien guéri. Il a depuis fait un court séjour à l'hôpital de la Pitié. Il a commencé à souffrir du genou gauche peu après du genou droit, mais jamais l'inflammation n'a été très-forte de ce côté.

Actuellement les mouvements du genou droit sont très-difficiles, il n'y a plus de possible qu'un léger mouvement de flexion, accompagné de craquements. Le malade nous dit qu'autrefois ce craquement était très-manifeste dans les mouvements de l'articulation. En palpant l'articulation, il semble que les extrémités articulaires soient plus volumineuses, irrégulières, et comme surmontées en certains points de productions osseuses de nouvelle formation; c'est surtout à la face externe du condyle externe du fémur que se voient et que se sentent ces irrégularités. Le genou gauche a conservé une grande partie de ses mouvements, on n'y trouve point de crépitation; les extrémités osseuses sont peu tuméfiées, cependant il est évident que ce genou a participé à la même affection que le genou droit. L'état général est bon.

Le 9 août, survint un érysipèle du membre inférieur droit, et le malade mourut le 14 du même mois.

Sans nous occuper des résultats nécropsiques, qui ne peuvent nous intéresser, nous allons indiquer ceux qui ont un rapport avec l'arthrite sèche.

Les deux articulations tibio-tarsiennes sont le siége d'un travail pathologique, qui a eu pour résultat la formation de productions osseuses nouvelles.

Au genou droit, les surfaces articulaires sont augmentées de volume et entourées par un bourrelet osseux, elles sont dépourvues de cartilage, et, en certains points, recouvertes par une substance de nouvelle formation, des stalactites osseuses, sur lesquelles portent les surfaces articulaires dans les mouvements; dans leur intervalle, il y a une éburnation manifeste des surfaces. Un certain nombre de corps étrangers occupent l'articulation, les uns retenus par un court pédicule, les autres un peu plus longs, un certain nombre enfin libres; quant à leur consistance, elle varie depuis celle de la cire jusqu'à celle de l'os. Deux de ces corps étrangers, plus volumineux que les autres, sont: l'un placé sur la face supérieure de la tubérosité externe du tibia tout à fait libre, de structure osseuse,

ovalaire, aplati, ayant 15 à 20 millimimètres de diamètre; l'autre derrière le condyle externe du fémur, ayant la forme d'une amande, de structure osseuse.

Les tissus fibreux péri-articulaires sont altérés. Du côté gauche, on trouve les mêmes lésions, mais moins avancées; les surfaces articulaires sont dépolies, privées de cartilage, éburnées en certains points, on y trouve des stalactites osseuses, mais pas de corps étrangers, Dans l'un et l'autre genou, on ne rencontra qu'une très-faible quantité de liquide épais et roussâtre.

OBSERVATION XIV.

Arthrites sèches multiples.

(Observation prise sur un malade de M. Nélaton.)

M. C...., né en 1815, ayant donc 47 ans, paraît avoir longtemps souffert et en porte les traces. Né d'un père goutteux, lui-même a subi les conséquences de l'hérédité et payé son tribut à cette triste affection; nous verrons que maintenant encore il a des accès de goutte. Seulement, tandis que son père avait une goutte très-violente à marche aiguë, lui laissant jusqu'à dix-huit mois de tranquillité entre chaque accès; lui a plutôt une forme chronique le prenant souvent et ne le laissant que peu de temps dans un calme parfait, mais le faisant beaucoup moins souffrir et l'accès étant moins long. Il n'a jamais été soumis à une influence quelconque pouvant expliquer la maladie dont l'histoire va nous occuper, jouissant de toute l'aisance et de tout le confortable désirables, et si tout à l'heure nous disions que l'on remarquait chez lui les traces d'une souffrance ancienne, nous devons ajouter, pour compléter notre observation, que son état général est fort bon.

Ce malade nous raconte ainsi son histoire. Dès son enfance, il eut souvent des douleurs tantôt dans une articulation, tantôt dans une autre; quelques soins hygiéniques que lui donnaient ses parents suffisaient ordinairement pour les faire disparaître. En 1848, c'est-à-dire vers l'âge de 34 ans, son affection ou plutôt ses douleurs articulaires prirent un caractère plus franc, et il lui fut malheureusement prouvé qu'il avait la goutte, dont la première atteinte eut lieu au gros orteil gauche. Depuis, la maladie a pris droit de domicile, et à intervalles irréguliers plus ou moins rapprochés, se sont succédé des accès de gouttes, dont la description n'intéresse pas notre sujet, et cependant nous allons y revenir à cause de la douleur.

Vers 1850, outre les douleurs qu'il ressent pendant ses accès de goutte, M. C.... remarqua une douleur particulière dans le genou gauche, et même quelques au-

tres douleurs vagues à droite ; pour lui il y avait une différence manifeste entre cette douleur et celle de la goutte, différence qui n'a fait qu'augmenter avec les progrès du mal. En effet, tandis que la douleur due à la goutte était aiguë, arrivant par paroxysmes, augmentée par la chaleur du lit ; celle du genou était obscure, mal déterminée, n'avait pas de paroxysmes, et n'était pas augmentée par la chaleur du lit ; mais surtout, tandis que dans le premier cas, lors des accès, il était obligé de garder le repos ; dans le second, en dehors des accès de goutte, rien ne l'empêchait de se livrer à ses occupations.

Il consulta plusieurs médecins, tant pour sa goutte que pour ses douleurs articulaires, fut soumis à bien des traitements, alla à plusieurs stations d'eaux, telles que les eaux sulfureuses, Néris, etc. ; il en fut légèrement soulagé, mais non guéri. Malgré tout, il entendit des craquements dans diverses articulations, vit son genou gauche se déformer petit à petit sans toutefois cesser de fonctionner. Enfin, pour ses accès de goutte, il arriva à prendre des pilules Lartigue et la liqueur Laville, qui, seule, dit-il, peut lui arrêter ses accès.

Ayant été dernièrement consulter M. Nélaton, qui constata l'existence de plusieurs arthrites sèches, ce chirurgien voulut bien nous permettre d'aller voir le malade, et c'est le résultat de cet examen que nous allons rapporter.

Après avoir entendu raconter tous les antécédents que nous venons de dire, nous l'interrogeâmes, cherchant à faire la part de la goutte et celle de l'arthrite sèche. Nous allons laisser le malade faire lui-même le tableau qui établit parfaitement le diagnostic différentiel de ces deux affections : « J'ai parfaitement conscience, nous dit-il, de la douleur que je dois attribuer à l'une ou l'autre affection. La goutte me prend par accès irréguliers et assez rapprochés, le plus souvent commençant par le gros orteil gauche, puis de là gagnant les diverses articulations. La durée de ces accès est variable ; mais, pendant toute leur durée, la douleur que j'éprouve dans les parties malades est vive, augmentée par la chaleur et la pression ; elle me force à garder le repos, et il me serait impossible de marcher, même de faire mouvoir la partie malade ; l'accès passé, tout rentre dans l'ordre, et je reprends mes habitudes Il en est bien autrement pour les autres articulations atteintes ; les douleurs que j'y ressens sont sourdes et consistent plutôt en une gêne qu'en une douleur, rien ne les augmente, si ce n'est peut-être les changements de temps, ainsi le passage du temps sec au temps humide ; le matin, en me levant, les premiers pas sont un peu moins faciles, mais bientôt je puis marcher sans jamais avoir ressenti de douleur comparable à celle de la goutte ; parfois cependant mon genou gauche paraît fléchir et refuser le service ; ce n'est qu'un moment, puis les mouvements se reproduisent, sauf toutefois à gauche, où l'extension ne se fait pas aussi complétement qu'à droite. »

Examinant les régions malades, il nous fut facile de constater d'une part les altérations dues à la goutte : ainsi des tophus à l'articulation métacarpo-phalangienne du gros orteil gauche, et le long des articulations des phalanges tant de la main droite que de la gauche; d'autre part, celles de l'arthrite sèche, et aux deux genoux et à l'articulation tibio-tarsienne droite, où les caractères bien tranchés ne permettent aucun doute sur l'existence de l'arthrite sèche. Dans ces trois articulations, on sent des craquements évidents et continus, bien plus manifestes cependant au genou gauche; craquements arrivés à cette période où on peut les comparer au frottement de deux surfaces de velours. Aux genoux, il est évident dans les mouvements alternatifs de flexion et d'extension, à l'articulation tibio-tarsienne droite, c'est surtout en imprimant des mouvements de rotation au pied qu'on les entend. Au genou droit, ce seul signe permet d'affirmer qu'il y a arthrite sèche, aucun autre trouble physique ou fonctionnel existant, de même qu'à l'articulation tibio-tarsienne correspondante il n'y a pas de déformation, on ne sent pas ou presque pas de bourrelet osseux; en un mot, la maladie paraît encore peu avancée, et sans doute la destruction de la synoviale et des cartilages n'est pas achevée.

Il n'en est pas de même pour le genou gauche, il est déformé, augmenté de volume surtout aux dépens du côté interne; la forme en est donc irrégulièrement arrondie, les extrémités osseuses sont entourées d'un bourrelet osseux manifeste, il entoure le tibia et cause ainsi la déformation en dedans dont je viens de parler. La tête du péroné est également augmentée de volume et fait une saillie sensible sous la peau. La rotule est fort peu mobile, et de chaque côté on sent une série de corps étrangers, dont la plupart paraissent encore adhérents. Les muscles sont parfaitement sains. La pression n'est point douloureuse, pas plus que pour les autres articulations malades. Quant aux mouvements, ils s'exécutent avec facilité et sans grande douleur; cependant l'extension complète est impossible, dans la position horizontale elle se fait presque complétement, mais, dans la station debout, elle est sensiblement moins complète, ou plutôt le malade n'ose pas la pousser aussi loin qu'il le pourrait. Enfin, pendant tous ces mouvements, on entend et on perçoit très-distinctement un craquement ou plutôt un frottement continu, se passant dans toute l'articulation, et bien plus sensible que dans le genou opposé.

Notons, en terminant, un état général satisfaisant.

En lisant cette observation, on en comprendra tout l'intérêt et les conclusions que nous en pouvons tirer. Comme dans le cas observé par M. Demarquay, l'influence de la diathèse n'est pas à nier; né

d'un père goutteux, goutteux lui-même, notre malade est pris d'arthrite sèche. L'âge est à peu près le même chez les deux malades; l'un et l'autre ont une série d'articulations malades. Enfin notre malade nous permet d'examiner simultanément la goutte et l'arthrite sèche, et d'en faire le parallèle.

DIAGNOSTIC.

Déjà, en lisant le chapitre précédent, il a été facile de voir que l'arthrite sèche a un ensemble de symptômes assez particulier pour qu'il soit difficile de la confondre avec toute autre maladie; il en est un certain nombre cependant qui méritent une attention particulière, et sur lesquelles nous allons nous arrêter un instant.

1° *Tumeur blanche.*

« Le nom de tumeur blanche emporte l'idée d'une désorganisation très-profonde, d'un ramollissement des ligaments, d'une tendance à la suppuration, assez souvent liée à une mauvaise constitution » (*Compendium de chirurgie*, t. II, p. 337).

La tumeur blanche, arrivée à une période avancée, se caractérise assez par elle-même pour n'avoir rien à en dire.

Au début, le diagnostic n'est pas toujours aussi facile.

Tantôt la tumeur blanche débute par les parties molles, tantôt par les parties dures, d'autres fois enfin elle est mixte. Quel que soit son début, elle peut être consécutive à la scrofule, au rhumatisme, à la syphilis; éléments qui, une fois trouvés, serviront au diagnostic. Commençant par les parties molles, elle se manifeste par une tuméfaction légère, des douleurs obscures, une mobilité anormale, de la rétraction musculaire et fibreuse, quelquefois un peu de crépitation. Mais la tuméfaction est irrégulière, manifestement due à la présence de fongosités; les douleurs sont exagérées dans les mouve-

ments, les efforts et la marche; la mobilité anormale due au relâchement des ligaments, la crépitation non continue, enfin la marche lente, ordinairement terminée par une série de nouveaux accidents, qui, une fois survenus, ne laisseront plus de doute : ainsi des accidents aigus dus à la suppuration qui se fait dans l'articulation, l'atrophie musculaire, la suppuration.

L'arthrite sèche ne succède pas ordinairement à la scrofule ou à la syphilis; après le rhumatisme, outre les différences que nous allons donner, elle se différencie par l'épanchement abondant se faisant ordinairement dans la tumeur blanche rhumatismale. La tuméfaction, quand il y en a, est irrégulière, dure, et due aux saillies des productions osseuses nouvelles; les douleurs ne sont ordinairement pas exagérées par les mouvements, les efforts et la marche, sinon l'existence de l'affection ne peut laisser de doutes; la mobilité anormale de l'articulation n'existe pas; s'il y a mobilité, ce n'est que dans les corps étrangers périphériques; la crépitation est continue, à moins de la rare complication de l'hydarthrose; jamais il n'y a de suppuration.

Commençant par les parties dures, la tumeur blanche débute par un gonflement des extrémités articulaires et les signes de l'ostéite chronique, il se formera rapidement des abcès. Dans un autre cas, débutant brusquement, surviendront tous les signes d'une ostéite aiguë, qui ne laisseront plus aucun doute.

L'arthrite sèche, nous le savons, débute par la synoviale, ne donne aucun gonflement apparent des extrémités articulaires, et ce n'est qu'à l'aide d'un examen attentif que l'on peut parfois constater un certain gonflement épiphysaire; les mouvements de plus ne sont ordinairement pas altérés; enfin, quelle que soit l'époque de la maladie, il n'y a pas de suppuration.

Entre ces deux formes, il y en a d'intermédiaires, où, dès le principe, il y a une mollesse évidente, due à des fongosités; du relâchement des tissus fibreux, du gonflement des os, et bientôt des abcès symptomatiques.

A eux seuls suffisent ces caractères, pour faire voir immédiatement que dans l'arthrite sèche il n'y a ni mollesse ni relâchement des tissus, ni gonflement osseux, mais bien des bourrelets, ni jamais abcès symptomatiques.

Enfin jamais, dans la tumeur blanche, nous ne pourrons donner aux altérations les limites que nous avons cru pouvoir assigner à celles de l'arthrite sèche.

2° *Arthrite.*

a. *Arthrite aiguë.* Il nous suffira de dire que c'est une inflammation accompagnée par tous les signes de cet état; à invasion brusque, marche rapide et douleurs très-vives; tandis que dans l'arthrite sèche l'invasion passe inaperçue, la marche est très-lente, et les douleurs très-vagues.

Si elle vient compliquer la maladie, les signes antérieurs et ceux qui suivront ne laisseront aucun doute.

b. *Arthrite chronique.* Elle succède ordinairement à la forme aiguë; dans ces cas, pas de doutes.

Ne succédant pas à la forme aiguë, l'arthrite chronique débute comme la forme aiguë; seulement les signes sont beaucoup moins prononcés, les mouvements plus ou moins gênés et douloureux, se faisant quelquefois avec des craquements, ordinairement perdus à la fin, et rendus impossibles par une ankylose : la douleur variable, présentant, dans les grandes articulations, souvent des points fixes, que la pression augmente : ainsi au genou, au point où passe le nerf saphène interne; à la hanche, celui où passe le nerf crural en avant; la peau adhérente; enfin parfois il n'y a pas de guérison, la fièvre hectique pour terminaison.

Dans l'arthrite sèche ordinairement, la gêne, la douleur des mouvements, se font remarquer lorsque l'affection est bien loin du début, toujours avec des craquements, et jamais rendus impossibles

par une ankylose. Douleur obtuse, vague, sans points fixes; enfin jamais d'état général, jamais de fièvre hectique par conséquent.

3° *Rhumatisme.*

a. *Rhumatisme articulaire aigu.* Nous n'avons que peu de choses à dire sur ce diagnostic; en effet, si le rhumatisme est poly-articulaire, son existence est assez évidente pour que nous n'ayons pas à en retracer les caractères; s'il est mono-articulaire, il sera également facile à diagnostiquer; c'est tout au plus s'il pourra être confondu avec les cas où, dans le cours de l'arthrite sèche, surviendrait, par exception, soit une arthrite aiguë, soit une hydarthrose avec phénomènes aigus. En pareille circonstance, il sera toujours facile de recourir aux phénomènes qui ont précédé l'état aigu, outre les symtômes propres à chaque maladie; dans un cas, les signes d'une inflammation et du rhumatisme articulaire aigu auront précédé; dans l'autre, ceux de l'arthrite sèche.

b. *Rhumatisme articulaire chronique.* Souvent il succède au rhumatisme articulaire aigu, ou tout au moins survient chez des sujets qui ont été une ou plusieurs fois atteints de cette affection ; en pareil cas, il ne laisse que peu de doutes. Il peut être chronique primitif, et son diagnostic en sera fait tout à l'heure.

Dans le premier cas, il sera ou léger ou intense. Chronique léger, il offre peu d'intérêt, disparaît plus ou moins rapidement, et ne donne naissance à aucun des symptômes principaux de l'arthrite sèche. Chronique intense, il se reconnaît à la douleur, variable par son intensité, susceptible d'augmentation, surtout lorsqu'on cherche à dépasser certaines limites de mouvements; insupportable même en pareil cas. Le gonflement plus ou moins notable ; parfois un frottement sensible à la main; l'atrophie des membres. Assez souvent de l'ankylose; souvent enfin l'accélération du pouls le soir.

c. *Rhumatisme articulaire chronique primitif général.* Le diagnostic

de cette forme, aussi bien que de celle dite rhumatisme chronique primitif partiel, doit être fait avec soin. D'autant plus que décrit, à bon droit, comme forme spéciale par différents auteurs, entre autres, MM. Charcot, Trastour, Vidal et Plaisance, il a été, nous le croyons, confondu avec l'arthrite sèche par certains d'entre eux, qui feraient de cette dernière maladie un rhumatisme chronique primitif. Nous emprunterons à la thèse de M. Charcot les signes de cette première forme, à l'aide desquels nous allons essayer de faire le diagnostic.

Les femmes qui ont été l'objet des études de M. Charcot présentent, dit-il, toujours un gonflement profond, et par suite une déformation plus ou moins prononcée des petites jointures des extrémités supérieures. Les grandes articulations, prises généralement plus ou moins longtemps après, seraient dans une demi-flexion permanente, même réduites à une immobilité complète. Jamais l'affection n'a succédé à une attaque de rhumatisme articulaire aigu. Il y a début habituel dans les petites articulations, bientôt profondément lésées, tendance à la généralisation, intervention presque constante de la rétraction musculaire, par suite déviation des extrémités ou des membres.

La douleur, la tuméfaction, la rougeur des jointures, les déviations des extrémités ou des membres, sont les principaux symptômes. Étudiant séparément chacun de ces signes, M. Charcot ajoute : La douleur peut siéger dans les jointures, assez souvent dans le corps des membres; elle est alors soit dans les extrémités osseuses, soit dans les muscles, soit dans les troncs nerveux ; souvent vive, semblable à celle d'une brûlure au premier degré. Peut être incessante plusieurs mois, plusieurs années, et disparaître ensuite presque complétement. L'absence presque complète de douleur articulaire est un phénomène exceptionnel. Souvent la douleur osseuse arrache des pleurs aux malades; toujours plus intense la nuit que le jour. La douleur musculaire, qui est variable dans son intensité, est bientôt suivie d'une rétraction musculaire presque invincible. Sur-

tout chez les jeunes sujets, et dans certains cas, cette rétraction douloureuse des muscles a été prononcée et persistante.

La rougeur se montre au début, et lors des exacerbations de la maladie.

Gonflement inflammatoire, remplacé par une tuméfaction permanente des parties profondes.

Les nodosités sont dues ou à des ostéides ou corps étrangers mobiles, ou à des stalactites osseuses, ou, en leur absence, à une subluxation des os. Les jointures gonflées sont tantôt mobiles, tantôt plus ou moins rigides : dans le premier cas seulement, on peut y produire un craquement sec.

Les articulations des membres supérieurs sont plus souvent affectées que celles des membres inférieurs.

Dans tous les cas observés par M. Charcot, la rétraction des muscles paraît avoir eu la plus grande part dans la production des difformités, rapportées à deux types principaux. Si elles sont un peu prononcées, le malade ne peut plus guère faire usage de ses mains.

Passant en revue les diverses articulations, M. Charcot ajoute qu'au genou, dès que les malades ont dû garder le lit, par suite de l'envahissement de cette jointure, les cuisses ont eu une tendance presque invincible à se fléchir sur l'abdomen, et les jambes se sont fléchies sur les cuisses.

Au cou-de-pied, l'ankylose celluleuse y est très-fréquente.

La hanche s'affecte très-rarement.

Les articulations du cou sont très-souvent rigides.

Il est constant, pour M. Charcot, que la rétraction musculaire joue le principal rôle pour engendrer les déviations, surtout celles qui se produisent à une époque très-voisine du début.

Les phénomènes fébriles peuvent se montrer soit au début de la maladie, soit dans son cours, aux époques des exacerbations. Certains malades ont une maigreur générale très-prononcée. Les infirmes immobiles sont pâles et anémiques; souvent même en dehors des exacerbations, on observe des sueurs plus ou moins abondantes.

Le genou n'a été malade le premier que dans un petit nombre de cas; jamais l'articulation coxo-fémorale ne s'est prise la première.

Si un grand nombre d'articulations sont affectées, que la rétraction musculaire a produit des difformités, les malades ne cessent presque jamais de souffrir dans les jointures; on observe seulement des rémissions et des exacerbations qui apparaissent sous diverses influences.

La misère et toutes ses conséquences est une cause qu'on ne saurait révoquer en doute.

Reprenons maintenant chacun de ces symptômes et voyons s'ils sont applicables à l'arthrite sèche. Les malades atteints de cette affection ne présentent rien ordinairement du côté des petites articulations, on ne l'a pas encore observé. Les grandes articulations ne se trouvent pas réduites à une demi-flexion permanente, ni réduites à une immobilité complète; nous avons vu le contraire. Sinon souvent, quelquefois du moins la maladie existe chez un sujet atteint de rhumatisme articulaire aigu ou même lui succède. Il n'y a jamais d'intervention de la rétraction musculaire; car, nous l'avons vu, les muscles ne sont pas atteints, sauf dans les cas de productions osseuses, encore ne causent-ils aucune déviation dans l'articulation.

La douleur ne siége pas dans la continuité des membres, par conséquent ni dans les muscles ni dans les nerfs; n'est jamais comparable à celle d'une brûlure de premier de degré, et n'offre d'intensité que dans certains cas, et tout à fait à une période avancée.

La rougeur n'existe pas, non plus le gonflement inflammatoire; à moins d'une de ces complications rares dont nous avons parlé, l'arthrite aiguë et l'hydarthrose.

Les déformations, ou nodosités, si l'on veut, sont toujours produites par la production des stalagmites et des stalactites osseuses. Le craquement est un phénomène constant, à moins qu'il ne survienne par hasard un épanchement.

Les articulations des membres inférieurs sont de beaucoup plus souvent affectées que celles des membres supérieurs.

Les difformités sont dues aux déformations des épiphyses, aux productions osseuses périphériques, parfois en même temps à des luxations qui les accompagnent, mais jamais à la rétraction musculaire. Dans les cas soumis à notre observation, où les genoux étaient malades, nous n'avons pas vu de flexion anormale et invincible de la cuisse ou bien des jambes.

Jamais dans le cours de l'arthrite sèche, sans une des très-rares complications que nous avons signalées, il n'y a soit de la fièvre, soit un état général quelconque, soit de paroxysme le soir, soit d'augmentation des douleurs la nuit, soit des sueurs ou d'amaigrissement; en un mot, jamais, que nous sachions, il n'y a eu état général.

La hanche est une articulation souvent affectée la première et isolément; le genou également. Jusqu'ici on a toujours vu les grandes articulations se prendre les premières et ordinairement seules.

La plupart de nos observations sont prises sur des malades occupant une position de fortune les mettant à l'abri de la misère et de ses conséquences; en outre, un bon nombre d'autres cas, dont nous n'avons pu rapporter les observations, ont trait à des malades placés dans les mêmes conditions.

d. *Rhumatisme articulaire chronique primitif partiel.* Si, dans la forme précédente, le diagnostic nous semble avoir pu être fait avec une certaine précision, pour cette nouvelle forme, il n'est pas sans nous offrir une certaine difficulté; d'autant plus que M. Plaisance, en le décrivant, nous paraît avoir voulu parler de l'arthrite sèche: reconnaissant que beaucoup de signes qu'il donne sont communs avec ceux que nons donnons dans notre description; quelques-uns cependant offrent une certaine dissemblance, assez pour que nous le croyions s'être écarté du type.

Le début et les progrès de la maladie sont, dit-il, obscurs et insidieux. La douleur prend quelquefois le caractère térébrant, à peine exagérée par les mouvements et la pression, rarement se répand le long des membres, et s'accompagne de crampes et de rétraction musculaire; de bonne heure, les mouvements de la jointure sont notablement gênés, enfin ils se trouvent limités, comme par un obstacle invincible, habituellement s'accompagnant d'un bruit de craquement. L'ankylose complète est rare.

Assez souvent, pour peu que l'affection en soit encore à son début, on constate de la tuméfaction avec fluctuation, en rapport avec l'accumulation d'une certaine quantité de liquide dans la cavité des membranes synoviales.

Les masses musculaires s'atrophient au voisinage de la jointure, le membre s'amaigrit.

La hanche et l'épaule sont les articulations le plus habituellement prises en premier lieu. La maladie peut quelquefois débuter comme la forme précédente de rhumatisme, pour se fixer ensuite sur une ou deux grandes articulations.

Le cœur seul paraît avoir été quelquefois atteint de lésions organiques plus ou moins graves pendant le cours de la maladie.

Contrairement au rhumatisme articulaire progressif, le rhumatisme partiel se développe, dans la majorité des cas, chez les gens avancés en âge.

Reprenant la même série de signes pour l'arthrite sèche, il sera facile de voir que la dissemblance existe assez pour que nous puissions dire que le type de M. Plaisance n'est pas celui que nous croyons réel.

Dans l'arthrite sèche, les débuts sont bien obscurs et insidieux; mais la douleur ne devient vraiment bien sensible que dans certains cas où la maladie est avancée, n'est exagérée par les mouvements que rarement et seulement dans les cas ultimes, ne l'est pas par la pression, ne se prolonge que par exception le long des membres, ne s'accompagne jamais de crampes et de rétraction musculaire.

De bonne heure, les mouvements ne sont pas gênés, et si la gêne survient, c'est au contraire très-tard, l'obstacle invincible à certains mouvements n'existe guère qu'à l'articulation du coude ; toujours il y a du craquement ; sauf les cas que nous avons indiqués, l'ankylose complète n'existe jamais.

Lorsqu'il y a fluctuation et accumulation de liquide, c'est une exception rare, ne se présentant que lorsque survient une hydarthrose.

Les masses musculaires ne s'atrophient nullement au voisinage de la jointure, c'est tout au plus si l'on a remarqué l'atrophie du deltoïde dans l'arthrite sèche de l'épaule ; le membre ne s'amaigrit jamais.

La hanche et le genou sont les articulations le plus habituellement prises en premier lieu, et non la hanche et l'épaule. Nous ne connaissons pas de cas où le début de la maladie ait été un rhumatisme progressif ; ce que nous avons vu, ce sont des cas où il y avait eu du rhumatisme articulaire ou de la goutte avant l'arthrite sèche.

Le cœur n'a pas, que nous sachions, été atteint de lésion organique due à l'affection que nous décrivons.

Enfin nos observations nous font croire que, dans la majorité des cas, l'arthrite sèche se développe chez les jeunes sujets.

e. Rhumatisme goutteux. M. Trastour décrit sous le nom de *rhumatisme goutteux chez la femme* une affection dont certains caractères suffisent pour la distinguer de l'arthrite sèche.

La maladie débute le plus souvent par les petites jointures : il y a des exacerbations à phénomènes aigus, se succédant plus ou moins rapidement ; une douleur spontanée dans les périodes d'acuité pouvant parfois devenir intense. La pression la plus légère est douloureuse. Dans les mouvements, elle est vive et atroce, quand le mal

est violent et déjà ancien ; aussi, pendant les accès, les malades restent immobiles.

La douleur se ferait sentir par crises, comme dans la goutte ; il y aurait des paroxysmes intenses, dans le cas où les grandes articulations sont prises ; douleurs musculaires, douleurs sur le trajet des nerfs, et crampes accidentelles.

Or, nous le savons, dans l'arthrite sèche, le début se fait par les grandes articulations ; pas d'exacerbations avec paroxysmes dans la douleur, pas de douleur à la pression, douleur dans les mouvements seulement quand la maladie est d'ancienne date. Jamais de crises, comme dans la goutte. Enfin ni douleurs musculaires, ni douleurs sur le trajet des nerfs, ni crampes accidentelles.

f. Rhumatisme noueux. Pour faire le diagnostic, il suffira d'en lire le tableau fait par Sydenham (*Opera omnia*, tome 1er, sect. 6, chap. 5, *Rheumatismus*). Après avoir parlé des douleurs qui, après la cessation de la fièvre, persistent si souvent à la suite du rhumatisme aigu, et que leur violence et leur persistance ne permettent pas de négliger (*prorsus contemni non sinunt*), il ajoute : « Non ad menses tantum, sed ad « annos aliquot, imo per omnem adeo vitam miserum haud infrequenter « (rheumatismus), discruciat ; quamvis in hoc casu non eodem sem- « per vigore, sed paroxysmis quibusdam periodice repetitis, ad instar « arthritidis subinde lacessit. Imo vero potest fieri ut ubi diu multum- « que vexaverint dicti dolores, tandem desistant, atque interim æger « omni membrorum motu ad mortem usque privetur, *digitorum ar- « ticulis quasi inversis* et protuberantiis, ut in arthritide, *nodosis in « interna* magis quam externa digitorum parte se prodentibus, sto- « macho nihilhominus valeat et cætera sanus, vitam toleret. »

Ainsi donc, douleur souvent très-vive pendant des mois, des années, toute la vie même quelquefois ; arrivant souvent par paroxysmes. Déformation des doigts, articulations qui sont le plus souvent

attaquées. Gonflement et tuméfaction ; quelquefois bruit de craquement. Tels sont les signes qui nous permettront de distinguer l'arthrite, où la douleur est le plus souvent, pendant longtemps, peu vive et sans paroxysmes; où les doigts ne se prennent que rarement et non primitivement, où il y a déformation due à des productions osseuses, enfin où le bruit de craquement est la règle.

4° *Goutte.*

Que la goutte soit aiguë, qu'elle soit chronique, nous ne croyons pas qu'elle puisse donner lieu à quelque erreur de diagnostic; lorsque l'attaque existe, en effet, elle emporte avec elle un cachet assez spécial pour que rien, dans l'arthrite sèche, ne puisse être confondu avec elle.

Mais, lorsque l'attaque est passée, qu'il ne reste plus que les conséquences de la goutte, c'est-à-dire les tophus qui entourent l'articulation, la gêne des mouvements, la déformation et certains craquements, on pourrait attribuer ces phénomènes à une arthrite sèche, si l'on n'est pas témoin d'une attaque de goutte.

D'abord les tophus ne se rencontrent que chez un goutteux, et l'histoire des antécédents vient déjà aider le diagnostic; de plus ils occupent les parties latérales de l'articulation, ordinairement des petites articulations, et pas plus dans les grandes que dans les petites, ils ne forment ces bourrelets osseux dus à l'arthrite sèche, bourrelets qu'une palpation un peu attentive laisse facilement reconnaître, aussi bien que ces nombreux corps étrangers péri-articulaires siégeant dans les éléments fibreux, corps étrangers d'ailleurs mobiles, et non fixes comme les tophus; ces derniers enfin quelquefois perforent la peau, et c'est alors que, ramassant avec soin tous les morceaux qu'ils en retirent, les malades montrent une poussière d'urate de soude, ne laissant plus de doutes sur l'existence du tophus. Quant à la gêne des mouvements dans la goutte, elle peut arriver jusqu'à leur impossibilité, mais n'arrivant que graduellement; grâce aux

signes plus caractéristiques de la goutte, il sera facile de l'attribuer à sa véritable cause ; comme conséquence de la présence des tophus, arrive une déformation que l'on doit ne pas confondre, connaissant d'une manière certaine la présence du tophus. Enfin les craquements qui se font entendre dans les cas de goutte sont des craquements qui ne se passent pas dans toute l'articulation, et dus au frottement des tophus ; tandis que dans l'arthrite sèche, c'est un frottement doux qui, de degrés en degrés, arrive au craquement dur et sec, mais alors ne pouvant plus laisser le moindre doute dans l'esprit ; c'est un bruit que l'on sent parfaitement être produit dans toute l'articulation et par toute l'articulation.

5° *Coxalgie.*

La coxalgie se rencontre chez les jeunes sujets, les adultes et les vieillards.

Chez les jeunes sujets, elle est caractérisée par un ensemble de symptômes qui ne peuvent laisser aucun doute, d'autant plus qu'à cet âge on n'a pas encore cité d'exemples d'arthrite sèche.

Chez l'adulte, la coxalgie est caractérisée par la marche aiguë des symptômes de début, ne laissant pas de doute non plus sur la nature inflammatoire de cette première période, puis surviennent les troubles de la coxalgie bien établie ; et d'abord il y a presque toujours un point fixe douloureux au genou. A l'extérieur, rien d'apparent au niveau de l'articulation coxo-fémorale ; mais le sujet a une attitude vraiment caractéristique, la déviation de la colonne vertébrale, l'attitude du membre malade, le défaut de niveau des deux épines iliaques antéro-supérieures, la variation de longueur apparente à la vue, due à la déviation du bassin ; enfin les mouvements que l'on imprime au membre se passant en totalité ou à peu près dans le bassin. Tous signes que l'on ne rencontre pas dans l'arthrite sèche, où il suffit d'examiner la région malade pour reconnaître qu'il

n'existe ni ces points douloureux du genou ou de l'aine, ni ces déviations et attitudes particulières au malade atteint de coxalgie; surtout enfin que les mouvements sont conservés et accompagnés de craquements caractéristiques.

Bonnet, de Lyon (*Maladies des articulations*, tome I[er], p. 410), caractérise ainsi la coxalgie des vieillards : « La tête du fémur prend un volume beaucoup plus considérable, le sourcil cotyloïdien est beaucoup plus saillant, toutes les surfaces articulaires sont rugueuses et déformées, les cartilages sont disparus, la synoviale est plus ou moins parsemée de végétations rougeâtres. La maladie est précédée d'une arthrite aiguë. »

Chez le vieillard, le plus souvent la coxalgie n'est autre chose que le *morbus coxæ senilis*, qui lui-même, dégagé des autres affections avec lesquelles il a été confondu, n'est autre chose que l'arthrite sèche de la hanche.

6° *Raréfaction osseuse chez le vieillard; morbus coxæ senilis, arthrocace sénile, rachitisme sénile.*

Nous groupons sous un même chapitre toutes ces affections décrites séparément, car toutes, au point de vue du diagnostic, se résument en une, la raréfaction osseuse chez le vieillard ; si nous y avons ajouté le *morbus coxæ senilis*, c'est que la confusion a été faite et qu'on en a fait quelquefois une maladie identique avec les autres que nous avons nommées.

Or le *morbus coxæ senilis*, tel que nous devons l'entendre, est tout différent de la raréfaction osseuse chez le vieillard; ce n'est autre chose que l'arthrite sèche de la hanche, observée d'abord chez le vieillard et appelée *morbus senilis*, nom qui ne peut être conservé, puisque cette maladie se rencontre souvent à l'âge adulte. Le *morbus coxæ senilis* n'est donc autre chose que l'arthrite sèche.

Chez le vieillard, il est un état de l'os que l'on peut dire presque normal, c'est la raréfaction. Déjà nous avons donné quelques signes

différentiels au chapitre de l'anatomie pathologique, donnant sa manière d'être et ses résultats, tels que les fractures du col du fémur, si fréquentes chez le vieillard.

D'ailleurs il n'y a, dans ce cas, aucune maladie articulaire; dès lors pas de diagnostic à faire.

Nous dirons la même chose du rachitisme sénile, le plus souvent conséquence de la raréfaction osseuse.

Sous le nom d'*arthrocace sénile,* M. Hattier fait la description d'une maladie qu'il confond avec l'arthrite sèche. Au chapitre de l'historique, nous avons donné notre opinion sur ce travail ; nous croyons qu'il nous suffira de citer l'opinion émise par l'auteur : « L'arthrocace sénile est une maladie produite par la raréfaction et souvent le ramollissement sénile des parties articulaires des os, raréfaction et ramollissement qui, sous l'influence de la pesanteur, donnent lieu à des déformations variables, à la destruction des cartilages, et à des phénomènes arthritiques remarquables par l'ossification de toutes les parties molles qui avoisinent l'articulation; enfin, pendant la vie, ces désordres se manifestent par le raccourcissement et la déviation du membre, la gêne des mouvements ou leur abolition complète. »

Il est facile d'ailleurs de s'assurer de ce que nous avançons en lisant la thèse. Pour l'auteur, la vieillesse est la cause de la maladie : les bourrelets osseux remontent le long des os sans y adhérer, les mouvements sont difficiles et s'abolissent; il y a raccourcissement du membre et souvent déviation anormale; l'altération osseuse porte sur tout l'os : ainsi on voit une augmentation de courbure du fémur et du tibia. Enfin la thèse est terminée par un appendice résumant tout le travail et disant ce que nous avons rapporté; de telle sorte que, outre la différence d'origine entre l'arthrocace sénile et l'arthrite sèche, l'altération osseuse différente par sa nature aussi bien que son siége, les mouvements finissant par être abolis dans un cas, conservés dans l'autre, nous croyons devoir renvoyer à ce que nous avons dit sur la raréfaction osseuse chez le vieillard, puis-

que l'une et l'autre sont sous la dépendance d'une même cause produisant des effets à peu près semblables.

7° *Fracture et luxation.*

Nous devons nous demander d'abord s'il y a fracture ou luxation, ou bien arthrite sèche. Nous ne croyons pas devoir nous arrêter sur ce diagnostic, car on ne peut faire la confusion pas même de la crépitation due à une fracture avec le frottement de l'arthrite sèche.

Mais le diagnostic à faire est de savoir, dans le cours d'une arthrite sèche, s'il y a ou s'il n'y a pas de fracture ou de luxation. Déjà nous avons donné notre opinion sur ce que l'on devait croire sur la préexistence de la fracture et de la luxation à l'arthrite sèche, et réciproquement. Ce qu'il s'agirait de déterminer serait s'il y a fracture ou luxation dans le cours de la maladie. Sans doute il y aura de graves présomptions en faveur soit d'une fracture, soit d'une luxation, si, dans le cours de la maladie, on peut constater les signes de l'une ou de l'autre. Mais souvent ce diagnostic sera impossible; nous en donnerons quelques exemples. M. Armand Moreau (*Bulletins de la Société anat.*, 1851, p. 120) présente l'articulation scapulo-humérale d'un homme de 70 ans, ayant fait une chute sur l'épaule. L'examen de la partie douloureuse donne une crépitation faisant croire à une fracture de la cavité glénoïde; à l'autopsie, on ne trouve pas de fracture, mais une arthrite sèche, c'est-à-dire des franges synoviales, de l'usure des cartilages, des stalactites osseuses sur les extrémités articulaires. »

Dans le même recueil (1852, p. 124), on voit une présentation de M. Broca, où on ne reconnaissait pas de luxation. « Ce sont les deux hanches d'une même femme : d'un côté, il y a raccourcissement de 0,03 centim. ; le membre est dans la rotation en dehors, certains mouvements sont faciles, d'autres impossibles; le sourcil cotyloïdien est détruit, la tête déplacée; l'ancienne cavité cotyloïde

est très-réduite ; une production osseuse, superposée à la partie du sourcil cotyloïdien, qui manque, forme une cavité nouvelle où repose la tête. Il y a donc une luxation insensible, des végétations osseuses, des déformations marginales, des franges synoviales contenant des noyaux cartilagineux..... »

Dans la même année, M. Verneuil présente à la même société un exemple bien fait pour montrer combien, même après la mort, la fracture est parfois difficile à reconnaître. Ce chirurgien présente une articulation du coude. « On y trouve des rainures, des usures partielles, des corps étrangers en grand nombre. Pour lui, ces corps seraient dus à une fracture, tandis que pour M. Broca ils seraient dus à des franges synoviales cartilaginifiées ou seulement ossifiées au centre. »

Nous citerons enfin un dernier exemple pris dans les *Bulletins de la Société de chirurgie* (t. X, p. 339 ; 1859), séance du 23 novembre : « *Morbus coxæ senilis* simulant une fracture du col du fémur. »

A l'occasion de la discussion qui a suivi la présentation de pièces envoyées à la Société par M. Viennois, chirurgien interne à l'hôtel-Dieu de Lyon, M. le Dr Charles Rouhier, de Granges-le-Château (Côte-d'Or), adresse une observation dont voici le résumé :

Un homme, âgé de 70 ans, tomba du haut d'un toit et fut apporté à l'hôpital. Le pied droit était tourné en dehors ; en imprimant des mouvements au membre, on sentait une crépitation manifeste au niveau de la région coxo-fémorale. On diagnostiqua donc une fracture du col du fémur, quoiqu'il n'y eût pas de raccourcissement. Ce qui contribua beaucoup à faire accepter ce diagnostic, ce fut l'existence d'une ecchymose et d'une tuméfaction notable au niveau du grand trochanter, indiquant que le sujet était tombé sur cette partie du corps.

Les deux membres inférieurs furent rapprochés et fixés sur des coussins disposés en forme de double plan incliné.

Après un séjour de quatre mois à l'hôpital, le malade mourut, et

on reconnut, à l'autopsie, qu'il n'y avait point de fracture; la crépitation et la déviation du membre étaient le résultat d'une maladie spontanée de l'articulation coxo-fémorale, qui présentait les lésions du *morbus coxæ senilis*.

8° *Épanchements articulaires.*

Nous n'avons que peu de chose à dire sur ce chapitre, car nous ne supposons pas que l'on puisse facilement confondre un épanchement articulaire avec l'arthrite sèche. Un seul doit nous occuper, l'hydarthrose, pour savoir si cet épanchement est dû à l'arthrite. Le fait ne sera pas douteux si, dans le cours de l'affection, ayant déjà été diagnostiquée, survient l'accident qui, après avoir suivi son cours normal, laissera l'arthrite sèche et son cortége de symptômes. Ce ne sera plus aussi facile si l'hydarthrose survient dans les commencements de la maladie : dans ce cas cependant, on pourra encore en se souvenant des accidents qui ont précédé l'épanchement et qui avaient permis de reconnaître l'arthrite sèche. Enfin la difficulté sera plus grande si l'épanchement dure longtemps, et même, comme dans une des observations de M. Dolbeau, dure tout le temps de la maladie; dans ces cas, si, avant l'épanchement, on n'a pu reconnaître l'arthrite sèche, si on ne peut, par la palpation, s'assurer de l'état des épiphyses osseuses, reconnaître des corps étrangers, produire des craquements par des mouvements que l'on imprime à la jointure, il faut l'avouer, l'autopsie pourra seule faire connaître le diagnostic. Mais, hâtons-nous de le dire, ce cas est exceptionnel, et le plus souvent on peut, même facilement, dire que l'hydarthrose est une complication de l'arthrite sèche.

9° *Corps étrangers articulaires.*

Toujours, dans l'arthrite sèche, il y a une production abondante de corps étrangers; mais, en dehors cette affection, il arrive par-

fois qu'il y a des corps étrangers. S'ils viennent du dehors, rien de plus facile que de poser leur diagnostic, sinon ils peuvent prendre leur origine dans les divers éléments de l'articulation. Nous n'avons nullement l'intention de discuter la question de savoir quelle est leur origine; sans doute le fait offrirait de l'intérêt, rentrerait même jusqu'à un certain point dans notre question, mais déjà nous avons été obligé de nous étendre plus que nous ne le voulions. Nous laissons donc à d'autres le soin de traiter cette question.

En général, les corps étrangers articulaires, n'appartenant pas à l'arthrite sèche, sont uniques ou peu nombreux, ne naissent pas en si grande abondance des éléments fibreux de l'articulation, ils sont moins volumineux, et donnent lieu à des accidents parfaitement décrits que nous n'avons jamais vu arriver pendant l'arthrite sèche. Enfin la palpation peut être d'un grand secours, et donnera toujours, dans notre maladie, d'excellents renseignements sur la présence de cette énorme quantité de corps étrangers de volume variable, les uns mobiles, les autres immobiles, tandis que, dans l'autre cas, si, par le palper, on peut reconnaître la présence d'un ou de deux corps étrangers, bien souvent on n'en reconnaîtra pas, et on ne pourra en faire le diagnostic qu'à l'aide des signes rationnels. Si bien que dans certains cas, si on n'avait pas d'autres signes qu'une certaine quantité de corps étrangers bien reconnus par la palpation, on serait presque autorisé de dire qu'ils sont dus à une arthrite sèche n'ayant encore jusque-là, par anomalie, donné lieu à aucun autre signe, et cela d'autant mieux que l'on sait que toujours il y a plus de corps étrangers pathologiquement que cliniquement.

10° *Tumeurs osseuses.*

Diverses tumeurs osseuses, telles que l'exostose, l'hyperostose, la périostose, l'ostéite même, pourraient, jusqu'à un certain point, simuler l'altération épiphysaire de l'os dans l'arthrite sèche; il sera cependant le plus souvent facile de faire son diagnostic.

Si la tumeur est produite par une affection aiguë de l'os, une ostéite, l'état inflammatoire, avec tout son cortége de symptômes locaux et généraux, la marche, la terminaison, rendront le diagnostic facile.

Dans les autres cas, les tumeurs souvent tiennent à un état diathésique, tel que la scrofule, la syphilis, les tubercules ; si déjà on a pu trouver ces antécédents, il y aura de graves présomptions contre l'arthrite sèche. Mais, de plus, il est un caractère bien spécial à ces maladies de l'os : ce sont les douleurs nocturnes, que nous savons bien ne pas exister dans le cas contraire ; de plus, la limite de la partie affectée n'est plus la même. Enfin lorsque, dans notre affection, l'extrémité osseuse serait assez volumineuse pour être confondue avec une de ces tumeurs, une foule d'autres signes connus viendraient lever tous les doutes, surtout les signes donnés par la palpation et les craquements.

Nous ne signalerions pas le diagnostic de la névralgie sciatique chronique avec certaines douleurs dues à l'arthrite sèche de la hanche, si M. Gosselin (*Bulletins de la Société de chirurgie,* t. X, p. 204) n'avait signalé ce fait, que « certains malades qui ont des arthrites sèches éprouvent quelquefois des accidents qui en imposent pour une sciatique chronique, et de pareilles erreurs sont souvent commises dans la pratique. »

Nous croyons, comme M. Verneuil, que le diagnostic est toujours possible, facile même ordinairement, en se rappelant les signes qui appartiennent à l'arthrite sèche.

Nous croyons avoir vu dans ce chapitre toutes les affections qui peuvent, soit de près, soit de loin, être confondues avec l'arthrite sèche. Peut-être même nous reprochera-t-on d'avoir multiplié les diagnostics : nous ne dirons pas non ; mais nous préférons, en pareille matière, en avoir dit trop que pas assez. Enfin, si notre forme paraît aride, nous en demandons pardon, en raison de la nécessité où nous nous sommes trouvé de donner un à un les signes

d'une affection, pour les reprendre en les appliquant à l'arthrite sèche.

MARCHE, DURÉE, TERMINAISON.

En faisant l'histoire des signes, déjà nous avons indiqué leur marche individuelle, nous avons même donné leur marche commune, en un mot, leur mode de succession ; il ne reste donc plus à dire que la marche de la maladie dans son ensemble.

La *marche* est incessante, c'est-à-dire qu'une fois bien établie, la maladie, prenant droit de domicile, aura tendance à marcher vers des accidents d'une période plus avancée; quelquefois cependant cette marche semblera prendre un instant de repos et s'arrêter dans sa course; ces signes alors resteront stationnaires, car jamais la maladie ne suivra un trajet rétrograde. Parfois la marche deviendra plus rapide, et on verra survenir des accidents aigus entés sur les accidents essentiellement chroniques de l'arthrite sèche ; ainsi épanchement articulaire ou bien des signes d'arthrite aiguë. Ces nouveaux accidents ne semblent pas hâter la marche de la maladie primitive, marche qui est essentiellement lente : on voit en effet combien est longue à se faire la succession des phénomènes, on la voit le plus souvent se faire en dix, vingt, trente ans, même quelquefois plus.

Dans le plus grand nombre de cas, non-seulement la marche est incessante et très-lente, mais encore elle est régulière, c'est-à-dire passant par ses diverses périodes ; et si parfois, ainsi que nous venons de le dire, cette régularité se trouve interrompue, ce n'est que rarement, et parce qu'il est survenu une complication. C'est assez dire qu'il n'y a ni paroxysmes, ni exacerbations plus ou moins périodiques, ni surtout de crises, comme dans la goutte. Lorsque la douleur augmente, cette augmentation se fait sans aucun changement dans sa manière d'être. Tout du reste nous semble résumé en ces mots : la marche est incessante, très-lente et régulière. Nous

ne croyons pas que cette marche soit modifiée suivant le plus ou moins grand nombre d'articulations malades, suivant l'âge du-sujet ou suivant l'état sous l'influence duquel est née la maladie : ainsi, par exemple, la goutte, le rhumatisme.

Il serait peut-être intéressant de changer la proposition, et de déterminer si l'arthrite sèche active ou non les affections dans le cours desquelles elle est née, ou même qui sont la cause de son origine : ainsi les fractures. Nous avouons notre ignorance, et nous ne croyons pas que pareille recherche ait jamais été faite ; mais on peut bien supposer tout au moins qu'arrivant après une fracture, elle en rendra la consolidation difficile, car elle pourra complétement changer la forme et les rapports des fragments, comme en témoigne notre première observation, et même la rendre difficile par les altérations pathologiques auxquelles elle donne naissance.

La durée de l'arthrite sèche est illimitée, nous en avons déjà assez dit pour n'avoir qu'à ajouter que la maladie ne cesse qu'avec la vie du malade. Que les accidents s'arrêtent un moment, la chose est possible et a été observée ; mais la maladie ne cesse pas et existe toujours. Nous ne connaissons aucune observation authentique de guérison pouvant ainsi faire changer notre opinion sur la durée de l'affection.

La terminaison n'est pas fatale, on n'a pas observé de cas de mort survenue à la suite d'une arthrite sèche sans complication. L'hydarthrose, qui est un des accidents possibles de l'arthrite sèche, hydarthrose qui, suivant M. Dolbeau, suivrait une marche bien différente de la forme ordinaire, dont la manière d'être serait également bien différente ; malgré son étendue, son apparente gravité, n'entraîne pas la mort. La mort peut arriver dans le cas de toute autre complication, ou plutôt de toute autre maladie arrivant dans le cours de celle qui nous occupe ; mais on ne peut, en pareil cas, rendre l'arthrite sèche responsable de la terminaison fatale, et, nous le répétons, nous ne connaissons pas d'exemple d'arthrite sèche terminée par la mort.

ÉTIOLOGIE.

Les causes de l'arthrite sèche sont encore bien peu connues, et nous n'en avons vu nulle part une indication bien nette.

Nous croyons la fréquence de la maladie beaucoup plus grande qu'on ne l'avait pensé jusqu'à présent ; nous dirons même, avec M. Dolbeau, que c'est une des affections articulaires des plus communes ; et si telle n'a pas toujours été l'opinion des chirurgiens, c'est, nous le croyons, parce que, l'attention n'étant pas encore éveillée sur ce point, l'observation n'en a été que rarement faite.

La plupart des auteurs qui ont traité de cette maladie, soit sous le nom que nous lui conservons, soit sous celui de rhumatisme, lui donnent les mêmes causes que celles de cette dernière affection ; il en est d'autres enfin qui, avouant l'impossibilité de constater l'existence d'une cause bien réelle, conviennent de leur ignorance sur ce point. Nous nous rangeons du même avis, tout en croyant qu'il en est certaines que l'on peut regarder comme plus ou moins probables.

La principale cause que nous acceptons est l'influence de la diathèse arthritique, qu'elle soit un bénéfice de l'hérédité, ou qu'elle se soit développée d'emblée chez le sujet atteint de l'arthrite sèche. Cette première cause prédisposante admise, il est évident que toute influence extérieure pouvant développer un rhumatisme pourra également être la cause plus ou moins immédiate d'une arthrite sèche. L'existence de douleurs rhumatismales nous paraît encore devoir être rangée au nombre des causes prédisposantes ; dans plusieurs de nos observations, nous voyons en effet que souvent des douleurs rhumatismales ont antérieurement existé. Nous croyons donc à l'influence des douleurs rhumatismales plus ou moins anciennes sur le développement de notre maladie.

S'il fallait indiquer l'influence du sexe, contrairement à l'opinion des auteurs, qui en font un rhumatisme chronique primitif, nous

dirions que le sexe masculin paraît plus souvent affecté que le sexe féminin, au moins aussi souvent.

Les mêmes auteurs, sauf pour ce qu'ils décrivent sous le nom de *rhumatisme chronique primitif partiel,* disent que les petites articulations sont les premières atteintes; jamais la hanche n'aurait été la première malade, et très-rarement le genou. D'après nos recherches, le contraire aurait lieu, c'est-à-dire que très-rarement les petites articulations seraient les premières atteintes, et même nous n'en connaissons aucun exemple; lorsqu'elles sont malades, le fait n'est arrivé que vers une période avancée; nous avons vu constamment le mal débuter par les grandes articulations, et par ordre de fréquence, le genou, la hanche à peu près au même degré, l'épaule et le coude, mais le genou et la hanche sont de beaucoup le siége le plus ordinaire de l'affection. Comme M. Plaisance, nous avons souvent constaté la loi de symétrie, et bien rarement au genou, par exemple, l'affection existant d'un côté, nous ne l'avons pas vue de l'autre. Plusieurs articulations peuvent être prises en même temps, le fait existe souvent, mais il est rare de les voir toutes prises au même degré; ordinairement elles semblent s'être succédé dans l'ordre de leur évolution, à intervalles plus ou moins éloignés, à en juger du moins par les différences de symptômes qu'elles présentent à l'observation.

Nous ne partageons pas non plus l'opinion admise sur l'influence de l'âge, ou plutôt nous ne l'acceptons qu'en partie; en effet, nous avons vu le plus souvent l'affection se développer à l'âge adulte, de 25 à 35 et 40 ans; nous l'avons aussi vue chez un sujet de 60 ans; mais, outre que ce fait est de beaucoup moins commun, on peut parfaitement douter de l'époque du début donnée par le malade, d'autant plus que la plupart d'entre eux, avant d'avoir vu un médecin, se plaignaient de ressentir déjà depuis longtemps de ces douleurs rhumatoïdes qui, nous le savons, sont un des signes de la première période.

On a invoqué aussi l'influence climatérique, le changement de

température, le passage à l'humidité, le séjour dans un lieu froid et humide ; nous ne nions certainement pas leur action, mais nous ne les acceptons pas comme cause prochaine ; nous croyons seulement à leur influence, car nous y trouvons les causes du développement du rhumatisme.

La misère et ses conséquences ont été données comme causes; le fait est possible, mais nous dirons que nos observations sembleraient plutôt venir à l'appui d'une opinion contraire. Il est vrai que la même raison qui nous faisait dire combien, dans les hôpitaux, l'observation de cette maladie était difficile, peut être retournée contre notre opinion ; aussi, sans y insister davantage, nous dirons cependant que, si on rencontre souvent l'arthrite sèche dans les classes pauvres, non moins souvent on la rencontre dans les classes plus aisées.

Nous ne croyons pas à l'influence de la fatigue, la marche forcée, les exercices violents, ou bien encore un coup, une chute, une violence extérieure quelconque. Sans doute, bien des malades feront dater leur maladie d'une époque où une de ces causes s'est produite; mais, dans le plus grand nombre de cas, à l'aide d'un interrogatoire bien fait, on s'assurera qu'il a presque toujours existé des douleurs bien antérieures à la cause connue, parfois même des signes non douteux pour l'observateur.

Nous ne croyons pas non plus à la moindre influence exercée par la raréfaction osseuse des vieillards; cette raréfaction osseuse étant en effet un état normal à cet âge, on ne voit pas en vertu de quel mécanisme elle pourrait produire un état pathologique.

Enfin nous avons vu l'arthrite sèche succéder au rhumatisme articulaire aigu, non pas immédiatement, il est vrai, mais au moins sur un sujet ayant été atteint de cette affection, et même peu de temps après en avoir été atteint. Peut-on savoir en vertu de quel mécanisme se fait cette succession? Nous n'en savons rien. Ne pourrait-on pas cependant supposer que la sécheresse relative de l'articu-

lation, succédant ordinairement à un rhumatisme articulaire, n'y serait pas étrangère, sécheresse que l'on peut constater à l'aide des frottements que l'on sent dans l'articulation anciennement malade, et dont nous avons fait plus haut le diagnostic? Cette sécheresse qui se remarque dans les premiers temps de l'arthrite sèche, persistant au lieu de diminuer, ne pourrait-elle pas déterminer ou plutôt aider à l'usure des cartilages, bientôt suivie des autres accidents de l'arthrite sèche? Ce n'est d'ailleurs qu'une pure hypothèse, dont nous ne voulons tirer aucune conclusion.

En résumé, les causes de l'arthrite sèche sont peu connues, et si l'on peut, avec quelques probabilités, en indiquer quelques-unes comme pouvant être des causes prédisposantes, on n'en connaît pas qui puissent être données comme déterminantes et immédiates.

PRONOSTIC, TRAITEMENT.

Le *pronostic* de l'arthrite sèche n'est pas grave, c'est-à-dire que la maladie n'entraîne jamais la mort par elle-même. Mais, si ce pronostic absolu n'offre pas de gravité, celui des résultats n'est pas sans avoir une certaine importance. En effet, si le plus souvent les fonctions du membre ne sont pas ou peu gênées, restant pendant des années dans cet état, quelquefois même tout le temps de la durée illimitée de la maladie; d'autres fois, et nous en avons cité des exemples, les fonctions du membre ne sont plus possibles, quelquefois même les douleurs deviennent assez vives pour déterminer les plaintes du malade. Malgré cela, le pronostic n'est grave qu'en tant que perte de mouvements, car il a toujours été observé que l'état général restait toujours excellent.

Les complications, rares, il est vrai, mais pouvant exister, viennent aussi ajouter une certaine gravité au pronostic, gravité qui d'ailleurs emprunte son caractère à la nature de la complication. Ainsi ce seront les accidents aigus dans un cas; dans un autre cas, ce sera une infirmité plus grande.

Ainsi donc le pronostic absolu n'est pas grave, car la vie n'est pas en danger; mais il ne faut pas oublier la gêne possible du mouvement, les déformations qui pourront arriver, afin de pouvoir d'avance poser son pronostic. D'ailleurs l'affection par elle-même ne détermine ni état fébrile ni état général.

Pour nous, la véritable gravité du pronostic est que nous croyons la maladie incurable; jusqu'ici du moins, nous ne connaissons aucun exemple de guérison. M. Houel cependant pense avoir obtenu deux guérisons, à l'aide d'un traitement que nous allons indiquer. Espérons que de nouveaux succès viendront faire changer l'opinion que nous nous sommes faite. Toutefois il est bon d'ajouter que, si nous regardons la maladie comme incurable, nous ne nions pas les bons effets de certains traitements, pouvant sinon guérir, au moins arrêter les progrès du mal, et en retarder la marche déjà si lente par elle-même.

Le *traitement* de l'arthrite sèche est une des parties les moins connues de toute l'affection, et jusqu'ici les efforts de la thérapeutique se sont brisés contre une maladie incurable, dont on n'a pu jusqu'ici qu'indiquer des moyens palliatifs.

M. Houel pense cependant, avons-nous dit, avoir obtenu deux cas de guérison à l'aide d'une infusion de feuilles de chêne et d'iodure de potassium, à la dose de 1 à 2 grammes.

Pour obtenir la guérison, il faudrait trouver un moyen thérapeutique à l'aide duquel on pourrait remédier aux divers accidents que nous savons maintenant caractériser la maladie; malheureusement jusqu'à présent on n'en connaît aucun. M. Cruveilhier (*Dictionnaire de médecine et de chirurgie*, t. III, p. 509, art. *Usure des cartilages*) reconnaît cette impuissance en disant : « Il n'y a aucun moyen de remédier à cette usure, de suppléer aux cartilages détruits, de favoriser leur reproduction, et cependant la nature couvre de cartilages nouveaux des surfaces osseuses non destinées à frotter l'une contre l'autre ou des végétations osseuses nouvelles. »

Le même auteur dit dans le même article : « Si l'usure n'est qu'à une seule articulation, il faut la maintenir immobile, sinon on active l'usure avec les mouvements, par conséquent la gêne et la douleur. »

Telle n'est pas notre opinion ; nous croyons au contraire qu'il ne faut jamais prescrire l'immobilité au malade, si l'on est appelé alors que les mouvements sont encore possibles sans de grandes douleurs, c'est-à-dire avant la dernière période de la maladie. Nous pensons, en effet, que c'est par suite de cette immobilité prolongée, que la déformation continuant à se faire, grâce aux productions osseuses, soit nouvelles soit anciennes, qu'il se forme de fausses ankyloses, rendant sinon impossibles, du moins fort difficiles, des mouvements que le malade aurait pu conserver. Sans doute, en agissant ainsi, on s'expose à augmenter l'usure en provoquant les frottements; mais nous ferons observer que malgré cette pratique, elle ne semble pas marcher avec plus de rapidité, et que de plus, on évite ainsi les fausses ankyloses ou l'immobilité de l'articulation. Il est d'ailleurs évident que, tout en prescrivant l'usage de l'articulation malade, nous ne conseillerons jamais les marches forcées ou tout excès de fatigue. Il nous a semblé, d'après nos observations, que ceux qui avaient continué à marcher n'en avaient ni déformation plus grande, ni douleur plus vive, et que de plus, tous leurs mouvements étaient libres et faciles. Dans un cas où la malade est restée immobile, on voit au contraire les mouvements devenus plus difficiles, plus douloureux, assez même pour qu'elle renonce presque à faire usage de son membre. Toutefois ce conseil n'est bon que dans certaines limites, alors que la période de la maladie n'est pas assez avancée pour avoir produit de ces immenses déformations et de ces grands délabrements, comme dans les cas présentés par M. Cruveilhier à la Société anatomique ; non-seulement alors le conseil n'est pas à donner, mais encore serait dangereux, à cause des accidents que pourrait produire le défaut d'équilibre. Cependant, en

pareil cas, nous croyons devoir conseiller l'usage des béquilles, plutôt que de réduire le malade à l'immobilité.

On a conseillé l'usage de l'iodure de potassium à l'intérieur. Dans plusieurs de nos observations, l'usage en a été fait, et aucun bénéfice n'en a été retiré ; mais, puisqu'il a réussi entre les mains de M. Houel, profitons de ce premier pas pour essayer d'obtenir le même résultat.

On a conseillé l'usage de l'iode en frictions, en onctions, en pommades ; de même l'application de vésicatoires. Inutile d'insister sur une médication dont le meilleur résultat serait de ne produire aucun fâcheux effet.

Mais il est une médication que nous croyons appelée à rendre de grands services dans le traitement de l'affection : c'est l'emploi de l'eau froide, soit les bains froids simplement, soit un traitement hydrothérapique complet, et les eaux minérales. L'usage de l'eau froide, soit de simples bains, soit l'hydrothérapie, a donné de bons résultats dans plusieurs cas que nous connaissons. Un des premiers effets a été de faire disparaître cette douleur vague, rhumatoïde, qui existe presque toujours ; en même temps, a disparu cette légère gêne des mouvements qu'on observe souvent au début de la marche.

Seulement, dans tous les cas, le bruit persistait dans les mouvements ; à la palpation, on ne reconnaissait aucun changement favorable : une seule chose paraissait évidente, l'arrêt dans les progrès du mal. En pareil cas, nous conseillerons l'usage prolongé de ce moyen, les bains froids répétés ou l'hydrothérapie.

Les eaux minérales nous semblent aussi avoir produit de bons effets dans l'arrêt du mal, produisant d'ailleurs à peu près les mêmes effets que l'eau froide.

Dans plusieurs des exemples que nous avons choisis, les malades avaient fait plusieurs fois usage de cette médication ; plusieurs nous ont dit n'en avoir recueilli aucun bénéfice. Sans doute il ne s'en est pas suivi guérison ; mais nous croyons pouvoir attribuer, en partie

du moins, le progrès si lent à l'usage de ces eaux, et nous avons été frappé de voir que, chez les différents malades, surtout celui de notre observation 7, le mal n'ait pas fait de plus rapides progrès, malgré la multiplicité des articulations atteintes. Nous pensons donc qu'il est bon de conseiller les eaux aux malades atteints d'arthrite sèche; mais une seule saison ne serait pas suffisante, il est bon d'en prescrire au moins deux ou trois années de suite, plus même si la chose est possible.

Nous conseillerons les eaux de Plombières, Bourbonne, Néris, du Mont-Dore; soit plus volontiers, celles de Cauterets, Saint-Sauveur, Baréges, Bagnères de Luchon, et Aix en Savoie. Niemeyer (*loc. cit.*) préconise ce moyen, et dit « que les malades atteints d'arthrite déformante ont éprouvé une si grande amélioration de séjourner chaque année à Tœplitz et à Wildbad, ou dans d'autres stations thermales, comme il s'en est convaincu lui-même, qu'ils ont pu quitter leur fauteuil mécanique, et à la fin du traitement, ils ont été eux-mêmes en état de conduire les autres malades aux bains, dans leur fauteuil à roulettes. »

Nous ne pensons pas qu'à l'aide d'un pareil traitement, on puisse obtenir la guérison; mais nous croyons que l'on peut rendre un service réel aux malades, en leur arrêtant les progrès du mal. Peut-être pourra-t-on plus tard non-seulement démontrer ce que nous avançons, mais même arriver à de meilleurs résultats, en suivant convenablement ce traitement.

Nous rejetons l'amputation, et ne l'acceptons jamais dans le cas d'arthrite sèche. En effet, l'opération ne pourrait être proposée que dans la dernière période; mais alors même ce serait exposer à un péril imminent un malade pouvant encore vivre longtemps, puisqu'alors même il n'y a pas d'état général, et de plus, lui donner une infirmité souvent aussi grave que celle dont on a voulu le débarrasser. Même dans les cas d'hydarthrose énorme, nous croyons qu'il faut suivre la même pratique, parce que la vie du malade ne se trouve pas en danger, et qu'on ne peut consentir à le mettre dans

un danger immédiat par l'amputation de la cuisse. En un mot, nous croyons devoir rejeter l'amputation dans l'arthrite sèche, sauf les cas très-exeptionnels que le chirurgien sera alors appelé à décider.

Enfin il est quelques indications particulières aux complications qui pourront survenir pendant la maladie ; le traitement sera celui de la complication, nous croyons donc n'avoir rien de particulier à ajouter à ce sujet.

Il est inutile d'ajouter que, si la maladie est née soit sous l'influence rhumatismale, soit sous l'influence goutteuse, la première indication sera de répondre à la cause, et de faire suivre au malade le traitement appartenant à cet état particulier.

De même, il est certaines conditions hygiéniques particulières à cet état, surtout à l'élément douleur, qu'il suffit de signaler pour les faire connaître.

Nous terminerons enfin en disant que sa parenté avec le rhumatisme et la goutte nous fait supposer qu'il serait peut-être bon d'employer les mêmes moyens prophylactiques que pour ces deux affections, sans vouloir prétendre pour cela que les mêmes moyens thérapeutiques pourraient amener la guérison de l'une aussi bien que de l'autre maladie.

Conclusions.

Le travail que nous venons de faire sur l'arthrite sèche nous permet de tirer quelques conclusions, destinées à préciser en quelques lignes le but que nous croyons avoir atteint.

L'arthrite sèche est une maladie bien particulière, et devant être conservée avec sa spécialité dans le cadre nosologique.

Si le nom qu'elle porte ne représente pas tous ses caractères, il y répond cependant assez pour lui conserver ce nom, auquel on serait exposé à en substituer un autre plus mauvais.

Cette maladie est une par ses caractères anatomiques, par son mode de manifestation, et par sa terminaison.

Elle ne peut être confondue avec aucune autre affection, comme l'arthrocace sénile ou le rhumatisme chronique primitif.

Particulière dans sa marche, aussi bien que par ses signes, elle ne compromet jamais l'existence du malade.

Enfin son traitement doit encore préoccuper les chirurgiens et les médecins, car jusqu'ici le seul traitement palliatif commence à être connu.

Notre but sera atteint, comme nous le disions au commencement de notre travail, si, apportant notre petit tribut à la science, nous avons mis sur la voie des recherches et des découvertes d'autres plus habiles que nous.